

Mirja Isoviita

KOULUTERVEYDENHOITAJA YLIPAINOISTEN LASTEN
ELINTAPAOHJAUKSEN KEHITTÄJÄNÄ

Terveysten edistämisen koulutusohjelma
2009



KOULUTERVEYDENHOITAJA YLIPAINOISTEN LASTEN ELINTAPOOHJAUKSEN KEHITTÄJÄNÄ

Isoviita, Mirja
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Terveysten edistämisen koulutusohjelma
Toukokuu 2009
Liimatainen - Yläne, Elina
YKL: 59.34
Sivumäärä: 94

Asiasanat:kouluterveydenhuolto, lapset, ylipaino, lihavuus, elintavat, terveystkasvatus

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää kouluterveydenhoitajan työtä sekä ylipainoisten lasten elintapaohjausta kouluterveydenhuollossa. Kehittämistehtävän tavoitteena oli suunnitella, testata ja arvioida uudenlainen elintapaohjausmalli ylipainoisille 1.-3.luokan oppilaille ja heidän vanhemmilleen. Kehittämismetodina käytettiin konstruktivistista tutkimusotetta. Konstruktio prosessin tuloksena syntyi konstruktio eli uudenlainen elintapaohjausmalli ylipainoisten lasten hoitoon kouluterveydenhuollossa.

Lähtökohtana opinnäytetyölle oli ylipainoisten ja lihaviiden lasten määrän huomattava lisääntyminen viime vuosikymmeninä sekä vuonna 2005 julkaistu Lasten lihavuus - Käypä hoito suositus. Suosituksen tavoitteena on ehkäistä lasten lihavuutta, edistää lasten terveyttä sekä yhdenmukaistaa ylipainoisten lasten hoitokäytäntöjä Suomessa. Lihavuuden ehkäisy ja ylipainoisten lasten hoito ovat kouluterveydenhuollon ominta aluetta. Ne molemmat perustuvat elintapamuutosten tukemiseen. Elintapaohjaus on kouluterveydenhoitajan keskeisin työmenetelmä. Ohjaus voi olla joko yksilö- tai ryhmäohjausta. Elintapaohjauksen keskeisiä periaatteita ja menetelmiä ylipainoisten lasten hoidossa ovat varhainen puuttuminen, perhekeskeisyys, vanhemmuuden tukeminen, voimavarojen vahvistaminen, ratkaisukeskeisyys, moniammatillisuus ja motivoiva keskustelu.

Tutkimustuloksiin, suosituksiin ja muihin erilaisiin lasten lihavuutta ja ylipainoa käsitteleviin lähteisiin pohjautuen konstruktio prosessin tuloksena suunniteltiin uudenlainen konstruktio eli elintapaohjausmalli kouluterveydenhuoltoon ylipainoisten lasten elintapaohjausta kehittämään. Elintapaohjausmallissa käytettiin sekä yksilö- että ryhmäohjausta. Ohjaukseen osallistuivat kouluterveydenhoitaja, ravitsemusasiantuntija, fysioterapeutti, psykologi ja psykiatrinen sairaanhoitaja. Kehittämistehtävän tuloksena syntynyt testattua ja arvioitua elintapaohjausmallia on vielä syytä kehittää ja arvioida edelleen, mutta myös sen eri osia voi soveltaen hyödyntää ylipainoisten ja lihaviiden lasten ja heidän perheidensä elintapaohjauksessa kouluterveydenhuollossa.

SCHOOL NURSE AS THE PROMOTOR OF THE LIVING HABITS COUNSELLING FOR OBESE CHILDREN

Isoviita, Mirja
Satakunta University of Applied Sciences
Degree Programme in Health Promotion
May 2009
Liimatainen - Yläanne, Elina
PLC: 59.34
Number of Pages: 94

Key Words: school health services, children, obesity, fatness, living habits, health education

The purpose of this thesis was to develop the work of school nurses and the living habits counselling for obese children in school health services. The development task aimed at designing, testing, and evaluating a new kind of living habits counselling model for obese first to third class students and their parents. A constructivist research procedure was used as the development method. The result of the construction process was a new kind of living habits counselling model for the care of obese children in school health services.

The starting point for the thesis was the considerable increase in the number of obese children during the past decades and the Current care recommendation of 2005 on children's obesity. The aim of the recommendation is to prevent children's obesity, promote children's health, and to standardise the care practice for obese children in Finland. The prevention of obesity and the care of obese children are a core factor of school health services. They are both based on the support of living habit change. Living habits counselling is the focal work method of school nurses. The counselling can be either personal or group counselling. The central principles and methods for living habits counselling for the care of obese children are early intervention, familism, supported parenting, reinforcing of resources, problem solution orientation, multi-professionalism, and motivational discussion.

Building on the research results, recommendations, and other sources discussing children's obesity and fatness, the result of the construction process was a design of a new kind of living habits counselling model to promote the living habits counselling of obese children in school health services. Both personal and group counselling was used in the living habits counselling model. A school nurse, a nutritional expert, a physiotherapist, a psychologist and a psychiatric nurse participated in the counselling. The tested and evaluated living habits counselling model which was the result of the development task still needs further development and evaluation, but its various parts can also be applied to school health services in counselling the living habits of obese and fat children and their families.

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	5
2 KEHITTÄMISTEHTÄVÄN TEOREETTINEN PERUSTA	7
2.1 Lapsen ylipaino ja lihavuus	8
2.1.1 Suomalaisten kouluikäisten lasten ylipaino ja lihavuus	10
2.1.2 Lapsen ylipainon ja lihavuuden syitä	13
2.1.3 Ylipainon ja lihavuuden vaikutuksia lapsen elämään.....	16
2.1.4 Lapsen ylipainon ja lihavuuden ehkäisy ja hoito.....	19
2.1.5 Lasten lihavuus - Käypä hoito suositus	21
2.1.6 Lapsen ylipainoon liittyviä tutkimuksia, projekteja, hankkeita ja ohjelmia.	24
2.2 Elintapaohjaus	31
2.2.1 Elintapaohjaus kouluterveydenhoitajan työssä.....	32
2.2.2 Elintapaohjauksen keskeiset periaatteet ja menetelmät	33
2.2.3 Suomalaiset lasten ravitsemus- ja liikuntasuositukset.....	40
3 KONSTRUKTIVISTINEN TUTKIMUSOTE KEHITTÄMISTEHTÄVÄN TUKENA.....	47
4 KEHITTÄMISTEHTÄVÄN KONSTRUKTIOPROSESSIN VAIHEET.....	50
4.1 Ongelman käytännön relevanssi eli kehittämistehtävän tarkoitus, tavoite ja lähtökohdat	51
4.2 Ylipainoisten lasten elintapaohjausmallin teoriaan kytketty suunnitteluvaihe	54
4.3 Konstruktion eli ohjausmallin käytännön toimivuuden testaaminen.....	59
4.4 Konstruktion kytkökset teoriaan, toimivuus ja uutuusarvo	66
4.5 Konstruoidun elintapaohjausmallin ja konstruktioprosessin arviointi sekä ohjausmallin kehittäminen.....	68
5 YHTEENVETO	77
5.1 Konstruktivistinen tutkimusote kehittämistyössä	79
5.2 Ylipainoisten lasten elintapaohjausmalli	80
5.3 Kehittämistehtävän merkitys opinnäytetyön tekijän kannalta.....	82
6 EETTISTÄ POHDINTAA.....	83
LÄHTEET.....	88
LIITTEET	

1 JOHDANTO

Kahden viimeisen vuosikymmenen aikana lihavien lasten määrä on ikäryhmästä riippuen noussut ainakin kaksin- ellei jopa kolminkertaiseksi (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2005). Ylipainoisuus ja lihavuus ovat yleistyneet lapsilla niin nopeasti ja siinä määrin, että voidaan kouluikäistenkin kohdalla jo puhua kansanterveysongelmasta. Lihavuuden yleistyttyä lisääntyvät sen myötä tulevat elintapasairaudet kuten tyypin 2 diabetes. Diabetes on lisäksi monen muun sairauden vaaratekijä. Kakkostyypin diabetekseen liittyy esimerkiksi lisääntynyt sydän- ja verisuonitautien riski.(Haapa & Pölönen 2002, 13; Vuori 2002, 104.) Jo lapsuus- ja nuoruusiässä ylipaino ja lihavuus vaikuttavat ennen kaikkea yksilön elämänlaatuun. Ylipainoisilla lapsilla esiintyy tutkitusti esimerkiksi masentuneisuutta ja yksinäisyyttä enemmän kuin normaalipainoisilla. Samat asiat korostuvat ylipainoisilla ihmisillä vielä aikuisiässäkin.(Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2005.) Ylipainoiset lapset ovat usein ylipainoisia myös aikuisina. Seurantatutkimuksissa on todettu, että ylipainoa on aikuisena vielä 50–80 %:lla (Laitinen & Sovio 2005, 4231 - 4235). Ellei mitään tehdä lihavuuden ehkäisemiseksi, arvioidaan että nykyiset lapset ovat ensimmäinen sukupolvi yli 200 vuoteen, joka elää vanhempiaan lyhemmän elämän (Järnblad 2006, 7 - 11).

Myös omassa käytännön työssäni kouluterveydenhoitajana olen ollut jo vuosia huolestunut lasten ylipainon yleistymisestä. Ennaltaehkäisevä terveydenhuolto on kouluterveydenhoitajan työn keskeisintä sisältöä, mutta huolimatta jatkuvasta ennaltaehkäisevästä työotteesta ja toimintatavoista lasten ylipaino on vain lisääntynyt. Pelkkä tiedon saati ohjeiden jakaminen lapsen painonhallinnan ja hyvinvoinnin edistämiseksi ei ole toiminut. Tavoitteiden, kuten lasten hyvinvoinnin lisäämisen ja terveen kasvun ja kehityksen turvaamisen saavuttamiseksi tarvitaan uusia toiminta- ja työskentelytapoja.

Vaikka Lasten lihavuus – Käypä hoito suositus on julkaistu jo 1.8.2005, on sen hyödyntäminen ollut riittämätöntä. Suositus on kehitetty systemaattisesti koottuun tutkimustietoon perustuen, joten sen hyödyntäminen ylipainoisten ja lihaviin lasten elintapaohjauksessa olisi vähintäänkin suotavaa. Suositus antaa hyvän teoreettisen pohjatiedon lasten ylipainosta ja lihavuudesta. Käypä hoito – suositus on näin ollen myös hyvä työkalu esimerkiksi kouluterveydenhoitajan päätöksenteossa. Se auttaa löytämään vastauksia muun muassa kysymyksiin: onko lapsi lihava, pitäisikö lihavuuteen puuttua, mitä otan huomioon hoidossa? Toisaalta juuri tärkein asia eli hoidon konkreettinen toteutus, elintapaohjauksen organisointi käytännössä jää jokaisen ohjaustyötä tekevän oman harkinnan ja ammattitaidon varaan. Tällainen työskentelytapa ei välttämättä ole kaikkein tehokkain ja vaikuttavin.

Tämän kehittämistehtävän tarkoituksena oli kouluterveydenhoitajan työn kehittäminen. Tavoitteena oli suunnitella, testata ja arvioida konstruktivistista tutkimusmenetelmää käyttäen ja soveltaen jo olemassa olevaa tutkimustietoa sekä suosituksia uudenlainen ylipainoisten lasten elintapaohjausmalli, jossa lähtökohtana ovat lapsen ja perheen tarpeet, tavoitteet ja voimavarat. Elintapaohjausmalli suunniteltiin 1.-3-lk:n ylipainoisille ja lihaville oppilaille sekä heidän vanhemmilleen. Mallin tarkoituksena on olla apuna kouluterveydenhoitajan työn kehittämisessä. Työtä on tarkoitus kehittää esimerkiksi hyödyntämällä hyviksi havaittuja käytäntöjä ja tutkimuksia sekä ottamalla tietoisemmin käyttöön erilaisia ohjausmenetelmiä kuten esimerkiksi ryhmäohjaus ja motivoiva keskustelu sekä periaatteita esimerkiksi perhekeskeisyys, voimavaraistaminen ja moniammatillisuus, joita esimerkiksi Lasten lihavuus – Käypä hoito suosituksen (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2005) mukaan tulisi ylipainoisten ja lihaviin lasten elintapaohjauksessa käyttää.

Kehittämistehtävä eteni konstruktivistisen tutkimusotteen prosessin mukaan. Kehittämistehtävän lähtökohtana oli relevantti käytännön ongelma. Ohjausmallin suunnitteluvaiheessa opinnäytetyöntekijä tutustui aihealueeseen liittyviin teorioihin, tutkimuksiin, projekteihin, hankkeisiin ja ohjelmiin. Tästä muodostuneen esiyymmärryksen avulla opinnäytetyön tekijä innovoi uudenlaisen konstruktion eli elintapaohjausmallin kouluterveydenhoitajan työtä kehittääkseen. Ohjausmalli testattiin suunnitte-

luvaiheen jälkeen käytännössä Noormarkussa Finpyyn koululla ohjausmalliin vapaaehtoisesti osallistuneilla 1.-3. luokan ylipainoisilla tai lihavilla oppilailla ja heidän vanhemmillaan. Mallin toimivuutta ja vaikutuksia arvioivat sekä toimintamallin ohjaajat (opinnäytetyön tekijä eli kouluterveydenhoitaja, psykiatrinen sairaanhoitaja, psykologi sekä fysioterapeutti) että toimintamalliin osallistuneet vanhemmat. Arvioinnin avulla ohjausmallia on tarkoitus kehittää edelleen.

2 KEHITTÄMISTEHTÄVÄN TEOREETTINEN PERUSTA

Erilaisiin lähteisiin tutustumisen jälkeen voi havaita, että lasten ylipainoa ja lihavuutta on tutkittu eri maissa useammista näkökulmista. Toiset tutkimukset tarkastelevat lasten ylipainon ja lihavuuden esiintyvyyttä, toiset taas niiden syitä, seurauksia, ennaltaehkäisyä ja hoitoa. Näyttää siltä, että aihe on alkanut laajemmin kiinnostaa tutkijoita vasta viime vuosikymmeninä kun tilastot ovat osoittaneet, että lasten ylipaino ja lihavuus ovat lisääntyneet hälyttävästi. Tämän kehittämistehtävän prosessin aikana vuosina 2005 - 2009 on Suomessakin käynnistynyt erilaisia tutkimuksia, hankkeita ja projekteja sekä julkaistu uutta tietoa koskien lasten ylipainoa ja lihavuutta.

Eri maissa ylipaino- ja lihavuuskäsitteitä määritellään eri tavoin. Suomessa lapsen ylipainon ja lihavuuden määrittäminen perustuu pituuden ja painon mittaamiseen sekä pituuteen suhteutetun painon eli pituuspainon määrittämiseen. Ylipaino ja lihavuus voidaan todeta helposti kasvukäyrien avulla, kun lapsen painoa verrataan samaa sukupuolta olevien samanpituisten lasten keskipainoon eli määritetään pituuspaino. Ylipaino on kyseessä, kun kouluikäisen pituuspaino on 20–40 % yli samanpituisten lasten keskipainon. Lihavuus on kyseessä, kun kouluikäisen pituuspaino on yli 40 % ja vaikea lihavuus kun pituuspaino on yli 60 %. (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2005.)

Lapsellakin lihavuus johtuu energiankulutuksen ja –saannin pitkäaikaisesta epätasapainotilasta. Lapsi lihoo, kun pitkäaikainen energiansaanti lisääntyy ja energiankulu-

tus vähenee. Väestötutkimuksen mukaan suomalaisten energian saanti on vähentynyt, mutta lihavuus on kuitenkin yleistynyt. Täten energiankulutus on vähentynyt suhteessa energian saantiin. (Lahti – Koski 2005, 95 – 98.)

2.1 Lapsen ylipaino ja lihavuus

Pituuspaino

Paino voidaan ilmoittaa kilogrammoina, suhteellisena painona tai kehon painoindeksinä = BMI (kun pituuskasvu on päättynyt). Suomessa lasten painoa arvioidaan kasvukäyrien avulla, jolloin puhutaan pituuteen, ikään ja sukupuoleen suhteutetusta painosta. Lapsuusiän ylipainon ja lihavuuden diagnoosi perustuu pituuden ja painon mittaamiseen sekä pituuteen suhteutetun painon eli pituuspainon määrittämiseen. Pituuspainolla tarkoitetaan painoa suhteessa samaa sukupuolta olevien samanpituisten lasten keskipainoon. (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2005.)

Ylipainon ja lihavuuden raja-arvot on määritetty käyttäen suomalaisten lasten painoindeksijakaumia lähtökohtana iänmukaiset 90. ja 98. persentiilin käyrät. Yksikkönä käytetään prosentteja. Kun kouluikäisen suhteellinen paino on -15% - $+20\%$ puhutaan normaalipainosta. Ylipaino on kyseessä, kun alle kouluikäisen pituuspaino on $+10\%$ - $+20\%$ ja kouluikäisen $+20\%$ - $+40\%$. Lihavuus on kyseessä, kun alle kouluikäisen pituuspaino on yli 20% ja kouluikäisen yli 40% . Jos pituuspainoprosentti on yli 60 , kyseessä on vaikea lihavuus. (Taulukko 1.) On myös tärkeää havaita nousu lapsen painokäyrässä. Nousu ylipainon rajan ylittäneillä ennakoii lihavuutta. Yli 10% :n nousu painokäyrässä 5 cm pituuskasvun aikana viittaa lihomiseen. (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2005.) Ylipaino ja lihavuus eivät siis ole sama asia. Lihavuus on vakava tila, ylipainon vakavampi muoto. Lihavuudella tarkoitetaan kehon rasvakudoksen liian suurta määrää. Ylipaino on epämiellyttävää, mutta se ei vielä ole sairaus. Ylipaino on kuitenkin tila, johon on puututtava, sillä se merkitsee lihavuuden riskiä. Mitä enemmän maassamme on ylipainoisia lapsia, sitä enemmän löytyy myös lihavia.

Taulukko 1. Kliiniseen käyttöön soveltuvat lasten ylipainoisuuden ja lihavuuden kriteerit (Lasten lihavuus - Käypä hoito suositus 2005)

diagnoosi	alle 7-vuotiaat (pituuspaino %)	yli 7-vuotiaat (pituuspaino %)
Ylipainoisuus	+10 – + 20 %	+20 – + 40 %
Lihavuus	>20 %	>40 %
Vaikea lihavuus	> 60 %	> 60 %

Tässä opinnäytetyön raportissa kouluikäisen lapsen ylipainolla tarkoitetaan pituuspainoa 20 - 39 % ja lihavuudella pituuspainoa 40 % tai enemmän.

Vyötärönympärysmitta

Pituuspainon määrittäminen ei ole ylipainon arvioinnissa aina kaikkein parhain mittari, koska se ei kerro miten rasva on kehossa jakautunut. Viimeaikaiset tutkimukset antavat vahvaa näyttöä sille, että samalla tavoin kuin aikuisilla myös lapsilla keskivartalon lihavuus on yhteydessä sydän- ja verisuonitautien riskiin sekä tyypin 2 diabetesriskiin. Vatsan seudun rasvan määrä eli viskeraalinen rasva, joka tarkoittaa sekä vatsan sisäelinten ympärille sijoittunutta että keskivartalon ihonalaista rasvakudosta on siis terveyden kannalta kaikkein huolestuttavinta. Vyötärönympäryys kuvastaa kehon rasvan määrää ja on pituuspainoprosenttia parempi sydän- ja verisuonitautien ennustaja myös lapsilla. Käytännössä lihavalta lapselta voi olla kuitenkin vaikea löytää alimman kylkiluun ja suoliluun puoltaväliä, josta vyötärönympärysmitta on tarkoitus mitata. (Järnblad 2006, 4 - 6.)

Kahdessa englantilaisessa tutkimuksessa vertailtiin eri aineistoista saatujen tulosten avulla lasten ja nuorten vyötärön ympäryksen ja painoindeksin muutosta. Vuosien 1987 – 1997 aikana 2-5 -vuotiaiden brittilasten vyötärön ympäryksen todettiin lisääntyneen painoindeksiä selvästi enemmän jokaisessa ikäryhmässä ja tytöillä hieman

enemmän kuin pojilla. (Stigman 2006, 5-6.) Lihavien lasten määrä onkin kenties systemaattisesti arvioitu alakanttiin. Painoindeksin tai pituuspainoprosentin mukaan useat lapset voidaan määritellä normaalipainoisiksi vaikka he vyötärön ympäryksen mukaan olisivatkin lihavia. Näin ollen osa sairastumisriskissä muun muassa tyypin 2 diabetekseen tai sydän- ja verisuonitauteihin olevista lapsista jää löytymättä, mikäli lihavuutta arvioidaan vain painoindeksin avulla.

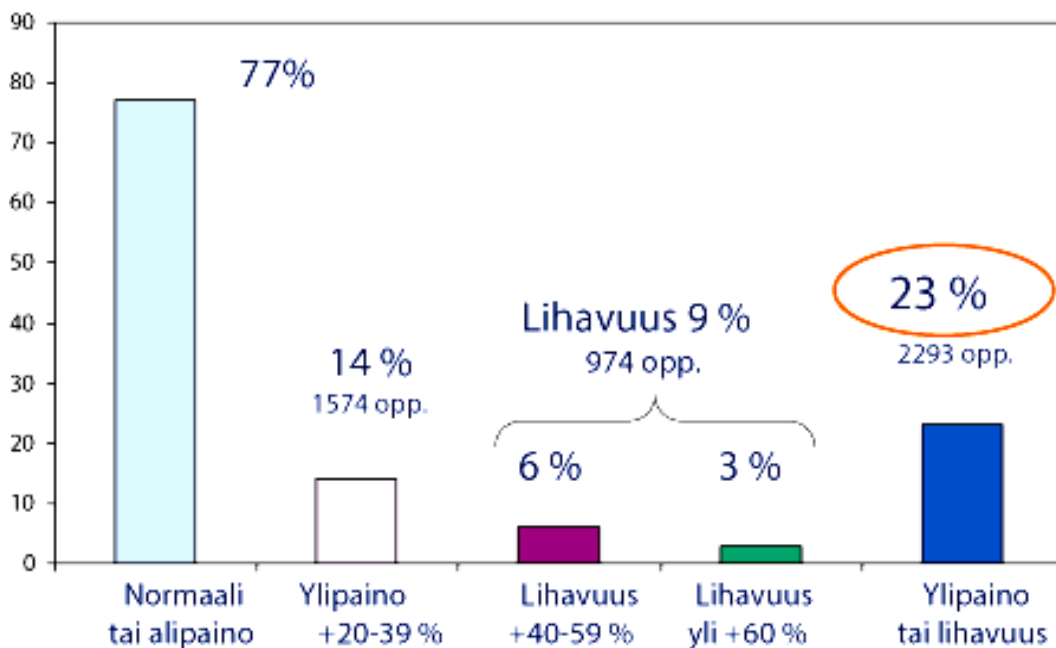
Tutkijat suosittelevatkin, että vyötärön ympäryksen mittaaminen tulisi sisällyttää lasten ja nuorten terveystutkimuksiin helppona työkaluna sairastumisriskissä olevien lasten ja nuorten tunnistamiseksi. Muutamat maat muun muassa Iso-Britannia, Italia, Espanja, USA ja Kanada ovatkin luoneet omia kansallisia lasten ja nuorten vyötärön ympärysmittojen raja – arvoja. Yhteisiä kansainvälisiä tai suomalaisia lasten ja nuorten vyötärön ympärysmittojen raja-arvoja ei ole kuitenkaan määritetty. Yleisenä ohjeena voidaan kuitenkin tutkijoiden mukaan pitää raja-arvoa joka on puolet lapsen tai nuoren pituudesta. (Stigman 2006, 5-6.)

2.1.1 Suomalaisen kouluikäisten lasten ylipaino ja lihavuus

Suomalaisten kouluikäisten lasten ylipaino ja lihavuus ovat yleistyneet huomattavasti viimeisten vuosikymmenten aikana. Kuviossa 1 (Kuvio 1) esitetään alakouluikäisten ylipainon (pituuspaino yli 20 %) yleisyyttä 2000 – luvun vaihteessa STRIP - tutkimuksen aineiston pohjalta (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim ja Suomen Akatemia 2005, 2692). Kuviossa 2 (Kuvio 2) esitellään Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntien peruskoululaisten ylipainon ja lihavuuden astetta. Tilastossa on mukana 19 kuntaa, joissa on yhteensä 11 097 oppilasta ja 118 992 asukkaan väestöpohja. Painotietoja kerättiin vuosina 2006–2008. (Terveystietokeskus ja hyvinvoinnin laitos 2008.)



Kuvio 1. Alakouluikäisten ylipainon (pituuspaino yli 20 %) yleisyys 2000-luvun vaihteessa STRIP - tutkimuksen aineistoon perustuen (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim ja Suomen Akatemia 2005, 2692)



Kuvio 2. Peruskoululaisten ylipainon aste Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kunnissa (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2008)

Nuorten (12 - 18-vuotiaat) terveystapatutkimuksen mukaan ylipainoisten osuus kasvoi noin kaksin - kolminkertaiseksi vuodesta 1977 vuoteen 2003. Vuonna 2003 pojista ylipainoisia tai lihavia oli 19 % ja tytöistä 12 %. (Rimpelä ym. 2004, 4229 – 4235.) Sihvolan väitöskirjatutkimuksen (2000) mukaan 13 % koulunsa aloittavista sekä tytöistä että pojista oli ylipainoisia eli suhteellinen paino $> +20$ % (Sihvola 2000, 89). Tarkkoja lukumääriä Suomen ylipainoisten ja lihavien lasten lukumääristä ei kuitenkaan ole saatavilla. Vaikka Suomen lastenneuvoloissa ja kouluterveydenhuollon vastaanotoilla kirjataan ylös jokaisen lapsen paino ja pituus lähes vuosittain, tämä ainutlaatuisen kattava tieto jää kuitenkin tieteeltä piiloon, sillä satojen terveyskeskusten erilaiset tietojärjestelmät eivät pysty tuottamaan tietoa ulos yhteismitallisessa muodossa.

Tähän epäkohtaan on etsitty ratkaisua ”Lasten ja nuorten terveysseurannan kehittäminen” -hankkeen (LATE -hanke) avulla. Sen tavoitteena on kehittää valtakunnallista lasten ja nuorten terveysseurantaa. LATE -hankkeessa selvitettiin, voidaanko lastenneuvoloiden ja kouluterveydenhuollon määrääikaistarkastuksista kerätä luotettavia vakimuotoisia tietoja lasten ja nuorten terveysseurantaa varten. Hankkeen tulosten perusteella keskeisten lasten ja nuorten terveyttä ja siihen vaikuttavia tekijöitä kuvaavien indikaattoreiden keruu voitaisiin riittävän luotettavasti toteuttaa suoraan lastenneuvolan ja kouluterveydenhuollon terveystarkastuksista. (Mäki, Laatikainen, Koponen, Hakulinen-Viitanen & LATE -työryhmä 2008, 3.)

Etelä-Suomen lääninhallituksen sosiaali- ja terveysosasto selvitti 1-15 -vuotiaiden ylipainoisten, lihavien ja alipainoisten lasten määrät Etelä-Karjalan kunnissa vuonna 2005 osana ”Painonhallintaa ja liikuntaa lapsille ja lapsiperheille” – hanketta. Selvityksen tavoitteena oli kartoittaa ylipainoisten, lihavien ja alipainoisten 1-15-vuotiaiden lasten määrät Etelä-Karjalan kunnissa vuonna 2005. Tavoitteena oli myös tulosten vertailukelpoisuus Kymenlaakson sairaanhoitopiirin alueen tulosten kanssa. Tuloksia voidaan jatkossa käyttää tilanteen seuraamiseen ja mahdollisten toimenpi-

teiden vaikutusten arviointiin. Etelä-Karjalan 1-15 -vuotiaista lapsista oli ylipainoisia 8 % ja lihavia 4 %. Ylipainoisten ja lihavien osuudet lisääntyivät sekä tytöillä että pojilla iän myötä. 9- ja 15-vuotiaissa tytöissä näytti olevan enemmän ylipainoisempia kuin saman ikäisissä pojissa kun taas 11-vuotiaissa pojissa näytti olevan enemmän ylipainoisia kuin samanikäisissä tytöissä. (Aapro, Karjalainen, Hyvönen & Hämäläinen 2006, 7 – 13.)

Satakunnan sairaanhoitopiirin alueella lasten lihavuus on lisääntynyt yhtä huolestuttavasti kuin koko maassammekin. Ajalla 1.3. - 31.8.2008 Satakunnan keskussairaalan lastentautien poliklinikalla kävi lihavuuden vuoksi 61 lasta, joiden keski-ikä oli 11,8 vuotta. Poliklinikalla käyneiden lihavien lasten pituuspainoprosenttien keskiarvo oli 83 %, vyötärön ympärysmittojen keskiarvo 102cm ja paastoverensokeriarvojen keskiarvo 6,1 mmol/l. Lähes kaikilla poliklinikalla käyneillä lihavilla lapsilla oli verenpaine koholla, useilla myös heikentynyt sokerinsieto sekä insuliinin erityshäiriö, jotka lisäävät riskiä sairastua diabetekseen. Lihavista lapsista kolmella oli jo rasvamaksa ja kuudella tyypin 2 diabetes. Lihavuuden ollessa kyseessä jonotusaika Satakunnan keskussairaalan lastentautien poliklinikalle on ½ vuotta. Lihavien lasten motivointi painonhallintaan on vaikeaa ja useimpien poliklinikalla käyneiden lasten kohdalla laihduttaminen ei onnistu vaan päinvastoin paino vain nousee entisestään. (Niemi E., henkilökohtainen tiedonanto 18.9.08.)

Edellä esitellyt tiedot ja tutkimustulokset erikoissairaanhoidon tilanteesta lisäävät entisestään tietoisuutta siitä, että jotain olisi tehtävä enemmän tai tehokkaammin vaikuttaaksemme jo perusterveydenhuollossa ennaltaehkäisevästi lasten lihavuuden syntyn.

2.1.2 Lapsen ylipainon ja lihavuuden syitä

Tiedetään, että lasten ylipainon ja lihavuuden syynä on pääsääntöisesti syödyn ja kulutetun energian välinen epätasapaino, mutta siitä, miksi ja miten syödään enemmän tai liikutaan vähemmän, tiedetään toistaiseksi vähän. Lihavuuden taustalla näyttää olevan sellaisia käyttäytymiseen ja kulttuuriin liittyviä piirteitä, joiden tutkiminen on

vaikeaa. Vaikuttaa siltä, että harvoin mikään yksittäinen tekijä on syy siihen, että lapsesta tulee lihava.

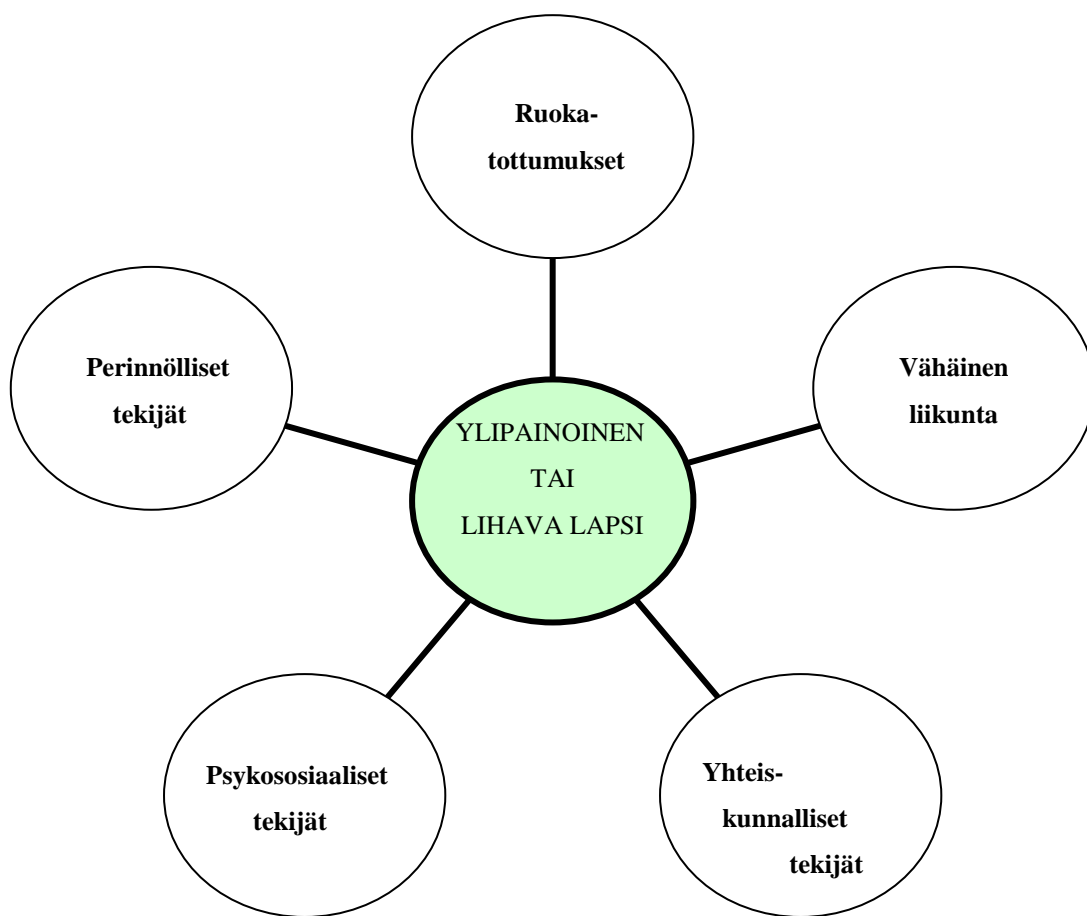
Lihavuuden ja ylipainon syntymiseen vaikuttavat ainakin perinnölliset, yhteiskunnalliset, sosiaaliset ja psyykkiset tekijät sekä elintavat. Useat tutkimukset ovat osoittaneet perinnöllisten tekijöiden vaikuttavan lihavuuden kehittymiseen, vaikka ympäristötekijöillä onkin kiistaton merkitys. Periytyminen on selkeästi monitekijäistä ja siihen vaikuttavat monet geenit ja niiden ja ympäristötekijöiden yhteisvaikutus. (Ukkola 2002.) Perintötekijöiden arvellaan selittävän lihavuuden esiintymisen vain 25 – 40 % :lla (Nuutinen & Nuutinen 2001, 1356 – 1362).

Ihmisten elintapojen ja elämäntyylin muutokset ovat viime vuosikymmeninä johtaneet ylipainon lisääntymiseen. Lapsia kuljetetaan autoilla kouluihin, teknologian edistyessä liukuportaita ja hissejä suositaan, jopa ovet avautuva ilman lihasvoimaa. Lisäksi syödään ohimennen, miten sattuu, yli tarpeen ja jatkuvasti. Valtaosan lihavuuden runsaaseen esiintymiseen selittääkin pitkään jatkunut liian runsas energian saanti kulutukseen nähden ja ravitsemussuosituksista poikkeavien kulutustottumusten lisääntyminen. Myös elintarvikkeiden pakkauskoot ovat suurentuneet. Muuttuneet tottumukset lihavoittavat aiempaa herkemmin, etenkin niitä yksilöitä, jotka ovat perinnöllisesti taipuvaisia lihavuuteen. Yhteiskunnallisista tekijöistä etenkin vanhempien työelämän vaatimusten sekä mainonnan on todettu vaikuttavan lihavuuteen. (Fogelholm 2005a, 86 - 87; Hakala 1998, 53 - 54; Janson & Danielsson 2005, 15 - 19; Korhonen ym. 1999,5; Rissanen 1998, 15 - 16; Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005, 9.)

Vähäinen fyysinen aktiivisuus ja lisääntynyt passiivinen oleminen selittää osaltaan ylipainon yleistymistä. Lapset eivät esimerkiksi enää leiki ja liiku omaehtoisesti aikansa kuluksi pihalla, koulumatkaliikunta ja muu arkiliikunta ovat vähentyneet. Lasten ja nuorten televisionkatselun ja lihavuuden välillä on ilmeisen heikko mutta merkitsevä yhteys, joka selittää kuitenkin vain pieneltä osin lihavuuden yleistymistä. Vuonna 2008 ilmestyneessä Susanna Kautiaisen väitöskirjassa selvitettiin suomalaisnuorten ylipainoisuuden ja oman painon kokemisen muutoksia sekä niihin vaikuttavia tekijöitä vuosien 1977 ja 2005 välisenä aikana. Tutkimuksen aineistona olivat

Nuorten terveystapatutkimukseen vuosina 1977–2005 osallistuneet 90 000 nuorta, jotka olivat kyselyyn vastatessaan 12-, 14-, 16- ja 18-vuotiaita. Osana tutkimusta arvioitiin ruutuajan eli television, tietokoneen ja digitaalisten pelien parissa vietetyn ajan yhteyttä ylipainoisuuteen. Ylipainoisuus oli yleisempää erityisesti tytöillä, jotka käyttivät enemmän aikaa television tai tietokoneen ääressä. Tulosten perusteella ei voi päätellä, oliko ylipainoisuus runsaamman television katsomisen ja tietokoneen käytön syy vai seuraus. Digitaalisten pelien pelaaminen ei ollut yhteydessä ylipainoisuuteen. (Kautiainen 2008, 11.)

Vanhempien paino, sosiaaliluokka, koulutus ja perheen koko ovat merkittäviä tekijöitä lapsuusiän lihavuudessa. Kun molemmat vanhemmat ovat normaalipainoisia, lapsen riski olla aikuisena lihava on 14 %. Jos toinen vanhemmista on lihava, on lapsen lihavuusriski 40 %. Lapsella, jolla molemmat vanhemmat ovat lihavia, on 80 %:n todennäköisyys olla lihava aikuisena. (Nuutinen 1992, 18.) Perheen ainoa lapsi on alttiimpi lihomaan kuin monilapsisen perheen lapset. Aineenvaihduntaan tai hormonitoimintaan liittyviä syitä ylipainoisuuteen on syytä epäillä silloin, jos ylipainoinen lapsi on ikäisiinsä verrattuna lyhyempi ilman ilmeistä syytä. (Nuutinen 1998, 179.) Yhteenvedona lapsen ylipainon ja lihavuuden syistä olen laatinut kuvion 3 (Kuvio 3).



Kuvio 3. Lapsen ylipainon ja lihavuuden syitä

2.1.3 Ylipainon ja lihavuuden vaikutuksia lapsen elämään

Lapsen lihavuuden seuraukset voidaan jakaa välittömiin, välillisiin ja pitkäaikaisseurauksiin (Taulukko 2). Lihavuuden välittömiä seurauksia ovat lihavuuteen liittyvät psykososiaaliset ja fysiologiset seuraukset (Must & Strauss 1999, 2). Psykososiaalisia seurauksia kuten tyytymättömyyttä omaan kehonkuvaan tai heikkoa itsetuntoa pidetään lapsen lihavuuden tärkeimpinä haittoina. Useimmat tutkijat katsovat, että lihavuuden ja mahdollisten psyykkisten ongelmien keskeinen välittäjä on lihavuuteen liittyvä voimakas sosiaalinen stigma niin sanottu lihavan leima. (Story 1999, 43.) Lihavuuden kokeminen vastenmieliseksi on myös lasten maailmassa voimakasta. Tämä ilmenee suorimmin kiusaamisena muun muassa nimittelynä ja ulkopuoliseksi jättämisenä. Ylipainoisten kokema kiusaaminen onkin tavallista.

Lasten ylipainoon ja lihavuuteen näyttää liittyvän myös normaalipainoisia heikompi terveyteen liittyvä elämänlaatu. Australialaisessa väestötutkimuksessa (Williams ym. 2005, 70 - 76), johon osallistui 1 569 9 – 12-vuotiaista, selvitettiin painon ja terveyteen liittyvän elämänlaadun välistä yhteyttä. Tutkittavista 4.3 % oli lihavia, 20.2 % ylipainoisia ja 75.5 % normaalipainoisia. Terveysteen liittyvää elämänlaatua tutkittiin elämänlaatulomakkeella sekä lasten itsensä ilmoittamana että vanhempien ilmoittamana. Painoindeksin suuretessa elämänlaatupisteet pienenivät. Sama ilmiö nähtiin vanhempien ilmoittamissa elämänlaatupisteissä. Lomakkeen ulottuvuuksissa merkitsevää heikkenemistä painoindeksin suuretessa havaittiin fyysisessä toimintakyvyssä ja sosiaalisessa toimintakyvyssä, mutta ei psyykkisessä hyvinvoinnissa eikä koulu-toimintakyvyssä.

Vähäisen nukkumisenkin on todettu olevan yhteydessä lasten lihavuuteen. Tämä selittyy osittain sillä, että lihavilla lapsilla esiintyy useammin obstruktiivisia hengitysteiden oireita kuin normaalipainoisilla, samoin unenaikaisia hengityshäiriöitä ja obstruktiivista uniapneaa. Ruotsalaisessa tutkimuksessa (Mai ym. 2003, 1144 - 1148) selvitettiin lihavuuden ja astman välistä yhteyttä 12-vuotiailla nuorilla, joista 161:lla ei todettu vinkunaa ja 296:lla todettiin vinkunaa. Painoindeksi jaettiin kolmeen luokkaan: lihavuus, ylipaino ja normaalipaino. Vinkumisoireet tiedusteltiin kyselylomakkeella ja bronkusten hyperreaktiivisuutta tutkittiin hypertonisella keittosuolaprovo-kaatiolla. Sekä ylipaino että lihavuus oli yhteydessä vinkumisoireisiin. Lisäksi astman vaikeusaste oli yhteydessä lihavuuteen. Tyttöjen lapsuus- ja nuoruusiässä alkanut lihavuus saattaa jatkuessaan altistaa myös munasarjojen monirakkulataudille (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2005).

Lapsuusiässä todettu ylipainoisuus ennustaa myöhempää lihavuuden riskiä. Suomalaisessa seurantatutkimuksessa (Fuentes, Notkola, Shemeikka, Tuomilehto & Nissinen 2003, 716 – 721) selvitettiin yhden kunnan alueella vuosina 1981 – 82 syntyneiden lasten kasvua 15 vuoden ikään saakka. Niillä lapsilla, joiden BMI 7 vuoden iässä oli ylimmän kolmanneksen joukossa, oli 3.6-kertainen riski kuulua BMI:n suhteen ylimpään kolmannekseen 15 vuoden iässä. Ruotsalaisessa 4 488 lasta käsittäneessä

populaatiopohjaisessa seurantatutkimuksessa (He & Karlberg 1999, 697 - 703) selvitetettiin 18-vuotiaana mitatun ylipainoisuuden ($\text{BMI} > 25 \text{ kg/m}^2$) todennäköisyyden riippuvuutta lapsuuden kuluessa todettuun kehon painoindeksiin. Todennäköisyys kasvoi iän ja lapsuuden aikana todetun kehon painoindeksin lisääntyessä.

Kolmasosalla lihavista lapsista ja nuorista on todettavissa metabolinen oireyhtymä. Useissa poikkileikkaustutkimuksissa on todettu että lihavilla lapsilla ja nuorilla metabolisen oireyhtymän komponenttien (insuliiniresistenssi, hypertensio, dyslipidemia, poikkeava sokeriaineenvaihdunta) esiintyvyys on lisääntynyt. Laajassa ($N = 9\,167$) vuosina 1973 – 94 toteutetussa yhdysvaltalaisessa poikkileikkaustutkimuksessa (Freedman, Dietz, Srinivasan & Berenson 1999, 1175 - 1182) 5 – 17 vuoden iässä todettuun lihavuuteen liittyi kohonnut diastolinen verenpaine, kohonnut LDL-kolesteroli, alentunut HDL-kolesteroli, kohonnut systolinen verenpaine, kohonnut triglyseriditaso ja kohonnut paastoinsuliinitaso.

Monilla ylipainoisilla ja kaikilla lihavilla lapsilla esiintyvä häiriintynyt aineenvaihdunta ja korkeat insuliinitasot elimistössä johtuvat siitä, että suurikokoisen kehon ylläpito ja nautitusta ravinnosta huolehtiminen sekä sen kuljettaminen elimistössä vaatii runsaasti insuliinia, jolloin insuliinin tuotanto kiihtyy. Seerumin suurentunut insuliinipitoisuus aiheuttaa pitkällä aikavälillä myös ylipainoisen lapsen pituuskasvun nopeutumisen. (Muurinen & Surakka 2001, 206.) Insuliinin tehtävä elimistössä on huolehtia, että sokeri eli glukoosi kulkeutuu syönnin jälkeen elimistön soluihin energiantuotantoa varten. Painon noustessa elimistö tarvitsee lopulta insuliinia niin paljon, että haima ei enää jaksaa tuottaa tarvittavaa määrää. Lisäksi maksa, lihakset ja rasvasolut eivät enää kykene huolehtimaan liiallisesta veren sokerista. Kyse on niin sanotusta insuliiniresistanssista tai heikentyneestä insuliiniherkkyydestä, joka aiheuttaa hiilihydraatti- ja rasva-aineenvaihdunnan häiriöitä. Lopulta henkilö sairastuu tyypin 2 diabetekseen. Mekanismeja ei täysin vielä tunneta, mutta on todettu, että kaikilla lihavilla tapahtuu tämä sama ilmiö. (Janson & Danielsson 2005, 43; Kautiainen 2004, 24; Kukkonen – Harjula 2005, 98.)

Merkittävin pitkäaikaisseuraus lapsuusiän lihavuudessa onkin sen säilyminen aikuisuuteen asti, jolloin se altistaa muun muassa tyypin 2 diabetekselle. Erilaisissa tutkimuksissa tyypin 2 diabetesta näyttää esiintyvän 0 – 4 prosentilla lihavista lapsista ja

nuorista. Suomalaisessa erikoissairaanhoidossa tutkituista (Saha, Keskinen, Veijola & Tapanainen 2003, 1419 - 1423) lihavista lapsista ($N = 115$, BMI $27 - 40 \text{ kg/m}^2$) 9.6 %:lla eli 11 lapsella todettiin poikkeava glukoosinsieto ja heistä neljällä diabetes eli 3.5 %:lla koko tutkimusjoukosta. Poikkeavan glukoosinsiedon omaavat potilaat olivat 9 – 15-vuotiaita, ja yhtä lukuun ottamatta heillä oli positiivinen sukuanamneesi tyyppin 2 diabeteksen suhteen. Yhteenvedona ylipainon tai lihavuuden haittavaikutuksista lapsen elämään olen laatinut taulukon 2 (Taulukko 2).

Taulukko 2. Lapsuusiän lihavuuteen liittyvät välittömät, välilliset ja pitkäaikaisseuraukset (mukaellen Must ja Strauss 1999, kirjassa Hasunen ym 2004, 179)

VÄLITTÖMÄT SEURAUKSET	VÄLILLISET SEURAUKSET	PITKÄAIKAISSEURAUKSET
Psykososiaaliset seuraukset <ul style="list-style-type: none"> emotionaalisen kasvun häiriintyminen syrjityksi tuleminen heikko kehonkuva ja itsetunto 	Sydän- ja verisuonitautien vaaratekijät <ul style="list-style-type: none"> insuliinin liikaeritys kohonnut verenpaine dyslipidemia (veren rasva-arvojen häiriöt) 	Suurentunut sairastuvuusriski aikuisiässä <ul style="list-style-type: none"> tyypin 2 diabetes sydän- ja verisuonisairaudet yleinen sairastavuus lisääntynyt tuki- ja liikuntaelinsairaudet
Fysiologiset haitat <ul style="list-style-type: none"> insuliiniresistenssi 		Lihavuuden pysyvyys aikuisikään Suurentunut kuolleisuusriski aikuisiässä

2.1.4 Lapsen ylipainon ja lihavuuden ehkäisy ja hoito

Ylipainosten lasten hoidosta ja lihavuuden ennaltaehkäisystä ei toistaiseksi ole päästy täyteen yksimielisyyteen. Lapsuusiän sosiaaliset, psykologiset ja terveydelliset tekijät puoltavat kuitenkin vahvasti lapsuusiän lihavuuden hoitoa. Varhainen hoito on perusteltua, sillä ruoka- ja liikuntatottumukset luodaan jo lapsuudessa. Näin ollen niitä lievenee lapsuusiässä helpompi muuttaa. Lapsuudessa kehittyvät myös asenteet syömi-

seen ja liikuntaan. Näillä saattaa olla suuri vaikutus myöhempiin painonsäännöstelyyrityksiin.

Kouluterveydenhuoltotyötä ohjaavat Kansanterveyslaki ja kouluterveydenhuoltoa koskevat suositukset, jotka ovat vuonna 2002 julkaistu Kouluterveydenhuollon opas ja vuonna 2004 ilmestynyt Kouluterveydenhuollon laatusuositus. Suositusten mukaan perheiden terveyden edistäminen esimerkiksi liikunta- ja ravitsemusohjauksen avulla on kouluterveydenhuollon perustehtävä. Valitettavasti tehtävä ei aina toteudu suositusten mukaisesti. Keskeinen pulma on niukat henkilöstövoimavarat, sillä suurimmassa osassa terveystakeskuksia terveydenhoitajien määrä ei ole suositeltujen mitoitusten mukainen. Voimavarojen niukkuus näkyy kouluterveydenhuoltotyön sisällössä ja työmenetelmissä. Esimerkiksi lapsen ylipainoon ja lihavuuteen ei pystytä puuttumaan riittävän tehokkaasti. Lapsi ja hänen perheensä tai huoltajansa ovat kouluterveydenhuollon palvelujen käyttäjiä ja heidän tulisi saada hyvää ja laadukasta palvelua. Lasten hyvinvoinnin edistämiseksi onkin tärkeää säilyttää hyvä ja toimiva yhteys vanhempiin ja tukea heitä kasvatustyössä, koska kouluikäinen lapsi ei koskaan ole irrallinen omista vanhemmistaan ja oman kodin vaikutuksesta.

Kun oppilaan painonhallinta tulee ajankohtaiseksi, kouluterveydenhoitajan olisi ensimmäiseksi otettava yhteyttä vanhempiin. Tilanteen mukaan sovitaan lapsen ja perheen kanssa seurannan aloittamisesta. Perheen kanssa keskustellaan, mitä mieltä lapsi itse ja vanhemmat ovat painopulmistaan ja millaisia voimavaroja ja kiinnostusta painonhallintaan on. Jos poikkeavan painonkehityksen taustalla on hankala elämäntilanne lapsen perheessä, ohjataan perhettä ensisijaisesti tilanteen selvittämiseen. Painonhallintaan tavoitteet tulisi sopia yhdessä lapsen ja vanhempien kanssa. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Stakes 2002, 67 – 68.) Vanhempien osallistuminen ylipainoisen tai lihavan lapsen hoitoon on tärkeää, koska vanhemmat huolehtivat perheen ruokahankinnoista ja vaikuttavat esimerkiksi lapsen liikunta- ja ruokailutapoihin (Dietz & Gortmaker 2001, 341). Kun lapset ja vanhemmat osallistuvat ryhmähoitoon, tulisi lasten ja vanhempien ohjauksen olla kuitenkin erillinen, koska omassa ryhmässään lapset osallistuvat aktiivisemmin ohjaukseen (Robinson 1999a, 53).

Koska lasten ja nuorten lihavuus on viime vuosikymmeninä yleistynyt, tulee ehkäiseviin toimenpiteisiin ryhtyä usealla tasolla. Lapsen perheessä ja lähipiirissä tehtävien muutosten lisäksi tarvitaan valtion, kuntien, järjestöjen, teollisuuden, kaupan ja tiedotusvälineiden toimenpiteitä lasten terveyttä edistävän ja lihavuutta ehkäisevän ympäristön luomiseksi.

2.1.5 Lasten lihavuus - Käypä hoito suositus

Vuonna 2005 julkaistiin Lääkäriseura Duodecimin Lasten lihavuuden – Käypä hoito-suositus, joka on kehitetty systemaattisesti koottuun tutkimustietoon perustuen ja sen tarkoituksena on yhtenäistää ylipainosten lasten hoitokäytännöt. Suosituksen mukaan ylipainon ja lihavuuden hoidon edellytyksenä on, että lapsi on alkanut lihoa, on ylipainoinen tai lihava, lapselle on haittaa ylipainosta tai lihavuudesta ja suvussa on erityistä alttiutta lihavuuden liitännäissairauksille. Hoidon tavoitteisiin vaikuttavat lapsen ikä ja kehitysaste, lihavuuden aste sekä lihavuuden aiheuttavat riskit ja haitat. Lihomisen ehkäisy tulee olla mieluummin terveys- kuin painokeskeistä. Lasten lihavuuden ehkäisy ja hoito perustuvat terveellisiin elämäntapoihin. Ne vaativat koko perheen ja lapsen lähiympäristön sitoutumista elämäntapojen muutokseen. (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2005.)

Lasten lihavuuden ehkäisyssä ja hoidossa varhainen puuttuminen on tärkeää. Molemmat perustuvat pysyvien elintapamuutosten tukemiseen. Lihavuuden ehkäisy edellyttää useiden vaikuttajatahojen toimia, myös lihavuuden hoidossa on tärkeää moniammatillinen ote. Tuloksekas hoito on lisäksi riittävän pitkäkestoista. Perheen merkitys on tärkeä, onnistunut hoito edellyttää sekä lapsen että hänen perheensä motivoituneisuutta, sitoutumista ja aktiivista osallistumista. Motivaation selvittämiseksi on hoidosta vastaavan kysyttävä lapselta ja hänen vanhemmiltaan heidän halukkuuttaan elintapamuutoksille. On myös selvitettävä, mitä he ovat valmiit tekemään muutosten aikaansaamiseksi ja mitä hyötyä tai haittaa heidän mielestään elintapamuutoksista on. (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2005.)

Lihavien lasten hoito eroaa oleellisesti aikuisiän lihavuuden hoidosta, sillä kasvun turvaamiseksi tarvitaan riittävästi ravintoaineita. Tärkeää hoidossa ovat realistiset tavoitteet: joko hidas painon alenema, nykypainon ylläpito tai nykyistä hitaampi painon suurenema. Jos ylipaino on huomattava, normaalipainon saavuttaminen ei aina ole mahdollista eikä lääketieteellisesti perusteltuakaan. Hoidon alussa asetetaan sekä lyhyen että pitkän aikavälin tavoitteita. Painonhallintaohjauksen ensitavoitteena on lapsen hyvinvointi ja terveys liikunta- ja syömistottumuksissa tapahtuvien pysyvien muutosten avulla, jolloin energiansaanti jää energiankulutusta pienemmäksi niin, ettei lapsen normaali kasvu ja kehitys häiriinny. Toissijaisena tavoitteena ovat yksilöllinen painotavoite ja lihavuuden liitännäissairauksien välttäminen. Tärkeä tavoite on myös hoitotulokseen tyytyväinen perhe sekä hoitotuloksen pysyvyys. (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2005.)

Hoidon kulmakiviä ovat fyysisen aktiivisuuden lisääminen, ruokavalio ja käyttäytymisterapia. Painonhallintaa edistävien, pysyvien käyttäytymismuutosten saavuttamisessa kiinnitetään huomiota säännölliseen ateriaritmiin, perheen yhteisiin aterioihin, ruokavalion monipuolisuuteen, kasvisten, hedelmien ja marjojen runsaaseen käyttöön, ravintorasvoihin, välipalojen laatuun, napostelutottumuksien vähenemiseen ja energiantarvetta vastaavaan ruokamäärään sekä riittävään liikuntaan. (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2005.) Yhteenvetona Lasten lihavuus – Käypä hoito suosituksen keskeisestä sisällöstä olen laatinut taulukon 3 (Taulukko 3).

Taulukko 3. Lasten lihavuus – Käypä hoito suosituksen keskeinen sisältö (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2005)

Ohjauksen periaatteet	Ohjauksessa huomioitavaa
Motivaation selvittäminen	Arvioidaan sekä lapsen että vanhempien osalta
Perhekeskeisyys	<p>Vanhempien roolit ja toiminta:</p> <p>Rajojen asettaja, malli</p> <p>Ilmapiirin ja vuorovaikutuksen luoja</p> <p>Syömisen sisäisen säätelyn opettaja;</p> <p>ruoka ei ole palkkio eikä emotionaalisten tarpeiden tyydyttäjä</p> <p>Vastuu ruokataloudesta, päätökset tarjoiltavasta ruuasta ja ruokamäärän ohjailu</p>
Asiakaslähtöisyys	<p>Kannustus, ei kritisointia, tuki, valmentava ote</p> <p>Tavoitteiden asettaminen perheen kanssa</p> <p>Perheen tilanne ja toiveet huomioon</p> <p>Lapsilähtöisyys</p>
Ruokailutottumusten selvittely ja ohjaus	<p>Kansalliset lasten ravitsemussuositukset</p> <p>Huomio laatuun, ateriarhythmiin, perheen yhteisiin aterioihin</p> <p>Vähintään viisi kasvis-, hedelmä- tai marja - annosta päivässä</p> <p>Huomio yksilöllisiin tarpeisiin; määrä, laatu</p>
Liikuntatottumusten selvittely ja ohjaus	<p>Liikuntasuositukset</p> <p>Arkiliikunta; koulumatkat</p> <p>Liikunnallinen passiivisuus: television katselu, tietokone, elektroniikkapelit</p>
<p>Käyttäytymisen muutokseen tähtäävät ohjausmenetelmät:</p> <p>Ongelmanratkaisumenetelmät</p> <p>Ratkaisukeskeinen työote</p> <p>Motivoiva haastattelu</p>	<p>Pienet pysyvät muutokset</p> <p>Positiivinen palaute</p> <p>Omat voimavarat käyttöön</p>
Itsetunnon tukeminen	<p>Lapsen hyväksyminen sellaisenaan</p> <p>Terveyskeskeisyys, ei huomio painoon</p>
Ohjauksen rakenne	<p>Yksilöllisyys</p> <p>Lapsen ikä ja kehitystaso huomioon</p> <p>Yksilö- ja ryhmäohjaus</p> <p>Moniammatillisuus</p>

2.1.6 Lapsen ylipainoon liittyviä tutkimuksia, projekteja, hankkeita ja ohjelmia

Ylipainoisten ja lihavien lasten hoidosta on tehty kansainvälisesti paljon tutkimuksia, mutta Suomeen yleistettävää tutkimustietoa on vähän. Toistaiseksi tutkimustuloksista ei voi esimerkiksi päätellä, mikä hoitomuoto on tehokkain ja vaikuttavin (The university of York 2002, 10). Aikaisemmissa tutkimuksissa on pyritty selvittämään esimerkiksi erilaisten ohjausmenetelmien merkitystä hoidon vaikuttavuuteen. Esimerkiksi Epstein työryhmineen (2001) havaitsivat, että hoidon vaikuttavuuden ja ruokailumuutosten kannalta on tehokkaampaa ohjata perheitä lisäämään vihannesten ja hedelmien syöntiä kuin vähentämään rasvaisten ja sokeristen ruokien käyttöä. Lisäksi Epsteinin työryhmä havaitsi, että aktiivisen liikunnan lisääminen ja istumaharrastusten rajoittaminen samanaikaisesti alensivat pojilla tehokkaammin painoa kuin tytöillä. (Epstein ym. 2001, 171 – 178.)

Suomessa toteutettu vuonna 1980 alkanut Lasten Sepelvaltimotaudin Riskitekijät tutkimus (**LASERI – tutkimus**) on yksi maailman laajimmista tutkimuksista, jossa selvitetään sydän- ja verisuonitautien syntyyn vaikuttavia tekijöitä lapsuudesta alkaen. Sen päätavoitteena on tutkia lapsuuden elintapojen, biologisten ja psykologisten vaaratekijöiden sekä perimän merkitystä verisuonitauteihin sairastumisen riskiin aikuisena. Vuonna 1980 3500 lasta ja nuorta osallistui ensimmäiseen suureen kenttätutkimukseen. Sen jälkeen tutkimushenkilöitä on seurattu useissa kenttätutkimuksissa, joista viimeisin oli vuonna 2007. Tähän 27-vuotis seurantaan osallistui yli 2 200 tutkimushenkilöä. He olivat iältään 30 - 45-vuotiaita. Tutkimushenkilöille tehtiin valtimoiden ultraäänikuvaukset varhaisten, oireettomien valtimomuutosten selvittämiseksi. Yksi tärkeimmistä LASERI - tutkimuksen löydöksistä on, että lapsuus- ja teini-iän riskitekijöillä, kuten kohonneella seerumin kolesterolipitoisuudella ja verenpaineella, lihavuudella sekä tupakoinnilla, on tärkeä merkitys valtimokovettumataudin varhaismuutosten syntyyn. Tuloksesta johtuen viime aikoina onkin painotettu lapsuusiän elintapojen merkitystä sydän- ja verisuonitautien ehkäisemisessä. (Laseri – Lasten Sepelvaltimotaudin Riskitekijät tutkimus 2008.)

Mikkilän tutkimus vuodelta 2008 on osa LASERI – tutkimusta. Tutkimuksen aineistona käytettiin kaikkiaan 1037 tutkittavalta toistuvasti vuosina 1980–2001 kerättyjä tietoja ruokavaliosta ja sepelvaltimotaudin riskitekijöiden tasosta. Kun ruokavaliota tarkasteltiin kokonaisuutena, aineistossa oli koko 21 vuoden seurannan ajan havaittavissa kaksi toisistaan poikkeavaa ruokavaliotyyppiä. Perinteiseen ruokavaliotyyppiin kuului runsas rukiin, perunoiden, maidon, voin, makkaran ja kahvin käyttö. Terveystietoiseksi nimetty toinen ruokavalio sisälsi runsaasti kasviksia, juureksia, teetä, ruista, kalaa, juustoa sekä aikuisiällä myös alkoholijuomia. Nämä ruokavaliotyypit näyttivät pysyvän pääpiirteissään samanlaisina lapsuudesta aikuisuuteen. Tutkimus vahvistaa, että lapsuudessa muotoutuvat ruokatottumukset jatkuvat usein aikuisuuteen. (Mikkilä 2008.)

Vuonna 1990 käynnistynyt **STRIP-projekti** (Special Turku Coronary Risk Factor Intervention Projects for children) on lasten sepelvaltimotaudin riskitekijöiden interventioprojekti. Se on pitkäkestoinen, monitieteinen, etenevä, satunnaistettu interventiotutkimus, jossa selvitetään kuinka tehokkaasti sepelvaltimotaudin tunnettuihin riskitekijöihin voidaan vaikuttaa aloittamalla ohjaus varhaislapsuudessa ja kuinka pysyviä vaikutukset jatkuvan ohjauksen aikana ovat. 1 062 tervettä puolivuotiaasta lasta perheineen satunnaistettiin interventio- ja vertailuryhmiin. Interventioryhmän lasten perheitä on kannustettu käyttämään terveellistä, vähän tyydyttynyttä rasvaa sisältävää ruokaa. Tarkat ruoankäyttötiedot on saatu ruokapäiväkirjoista, ja verinäytteet on otettu vuosittain. Interventioryhmän perheitä on alusta asti ohjattu terveellisen, vähän tyydyttynyttä rasvaa sisältävän ruokavalion käyttöön pohjoismaisten ravitsemussuosituksen mukaisesti. Interventioryhmän lapsiin kohdistettiin vanhempien välityksellä toistuvaa ravitsemusohjausta, joka perustui yksilöllisesti juuri tämän perheen aiempiin ruokatottumuksiin ja ruokapäiväkirjan informaatioon. Ohjausta muutettiin lapsen varttuessa ikätasoa vastaavaksi. Vertailuryhmän perheet eivät saaneet tutkimuskäynneillä yksilöllistä ravitsemus- ja elämäntapaohjausta, ja ravitsemusasioista keskusteltiin heidän kanssaan vain yleisellä tasolla. He ovat saaneet julkisen terveydenhuollon tarjoaman terveystieteellisen eli lapsen ikätasoa vastaavat yleiset, lastenneuvoloissa käytössä olleet ravitsemusohjeet. (Niinikoski ym. 2007, 1032 – 1040.)

STRIP -tutkimuksessa ilmeni, että jo alle kouluikässä ylipainoisten osuus lisääntyi iän karttuessa etenkin neljännestä ikävuodesta alkaen, vaikka lasten keskimääräinen kokonaisenergiansaanti on ollut koko ajan normaalitasolla. Tytöistä oli seitsemän vuoden iässä ylipainoisia jo 9,0 % ja pojista 3,7 %. Merkittävää oli, että vaikka STRIP -tutkimuksessa pääpaino ravitsemusohjauksessa oli ravinnon rasvojen laadussa, interventio selvästi vähensi ylipainoisuuden esiintymistä tytöillä. Interventio on myös vähentänyt sekä tyttöjen että poikien tyydyttyneen rasvan saantia. (Niinikoski ym. 2007, 1032 – 1040.)

Yksi merkittävimmistä lasten ylipainon ja lihavuuden hoitoon liittyvistä tutkimuksista Suomessa on Kuopion yliopistossa vuonna 2002 alkanut ”**Mahtavat Muksut – lasten painonhallintaohjaustutkimus**”, jossa verrataan kansainvälisten hoitosuosituksen mukaisesti toteutettua perhekeskeistä ryhmähoitoa nykykäytäntöön pohjautuvaan terveydenhoitajan toteuttamaan lihavalle lapselle kohdistettuun yksilöhoitoon. Koko tutkimushankkeen tavoitteena on kehittää toimiva hoitomalli lasten lihavuuden hoitoon Suomessa.

Kauppinen (2001) opinnäytetyössään ”Mahtavat muksut -perheryhmän onnistuminen perheiden arvioimana” selvitettiin perheiden kokemuksia ”Mahtavat muksut” – perheryhmästä. Mukana oli kahdeksan ”Mahtavat muksut” -perheryhmään osallistunutta perhettä, kahdeksan lasta (5 tyttöä ja 3 poikaa), kahdeksan äitiä sekä yksi isä. Ryhmätapaamisten alussa lapset olivat keskimäärin 9 -vuotiaita ja merkittävästi lihavia (PP +49 %). Ryhmä kokoontui yhteensä kymmenen kertaa reilun viiden kuukauden aikana. Ohjelmaan kuului ravitsemus- ja liikuntaohjausta sekä käytännön ruuanvalmistusta ja liikuntaa. Pääohjaajina toimivat terveydenhoitaja ja ravitsemusterapeutti. Ohjauksessa olivat mukana myös ravitsemusneuvoja, psykologi, liikuntaneuvoja sekä kaksi liikuntatieteen opiskelijaa. Lapsille ja vanhemmille olivat erilliset kyselyt ja perheelle haastattelu. Perheille oli myös seurantakysely kymmenen kuukautta ryhmätapaamisten päättymisestä. Lisäksi seurattiin ryhmään osallistuneiden lasten kasvua. Perheiden mielestä ”Mahtavat muksut” – perheryhmä onnistui hyvin. Perheet olivat muuttaneet ruokatottumuksiaan terveyttä edistäviksi ja lisänneet yhdessä liikumistaan. Perheryhmälle asetetut tavoitteet olivat toteutuneet hyvin. Perheet olivat

saaneet myönteisiä ruoka- ja liikuntaelämyksiä, ohjelma oli tukenut lapsen itsetuntoa ja antanut tietoa kouluikäisen terveestä kasvusta ja kehityksestä. ”Mahtavat muksut” -aineiston kotitehtäviä perheet pitivät käyttökelpoisina ja hyödyllisinä. Useimpien lasten lihominen saatiin pysähtymään viiden kuukauden hoitojakson ja sitä seuranneen kymmenen kuukauden aikana.

Karjalaisella (2004, 85 - 91) oli opinnäytetyössään ”Nykykäytäntöön pohjautuvasta yksilöhoidosta tehostettuun ryhmähoitoon: lasten lihavuuden yksilö- ja ryhmähoidon kustannusvaikuttavuus” tavoitteena verrata perinteistä yksilöhoidon kustannusvaikuttavuutta tiiviiseen ryhmähoitoon. Tutkimusaineisto oli kerätty kahdessa vaiheessa vuosina 2002 ja 2004 ”Mahtavat muksut” aineistosta. Kahden hoidon suhteellista vaikuttavuutta arvioitiin mittaamalla hoitojen kustannuksia ja vaikuttavuutta. Vaikuttavuuden mittareina käytettiin lasten pituuspainon muutoksia. Tulosten mukaan ryhmähoito oli kalliimpaa, mutta samalla vaikuttavampaa kuin yksilöhoito. Ryhmässä toimiminen oli lapsille luonnollinen tapa ja he saivat siinä erityisen tärkeää vertaistukea. Ryhmähoidossa oli ainakin toinen vanhemmista mukana ja vanhempien tukeminen ja vanhempien antama tuki lapsille oli erityisen tärkeää. Ryhmähoito auttoi myös perheitä paremmin sitoutumaan.

”Mahtavat Muksut” tutkimusaineiston pohjalta Korpimäki (2006, 2 - 3) tutki lasten painonhallintaohjausta terveyttä ja hyvinvointia edistävänä toimintana. Tarkoituksena oli tuoda esiin vanhempien arviointia yksilö- ja ryhmähoidon toteutuksesta ja saavutetuista muutoksista sekä näkemyksiä ohjauksen kehittämisestä. Tutkimuksessa yksilö- tai ryhmämuotoiseen painonhallintaohjaukseen osallistuivat 7–9-vuotiaat lihavat lapset (pituuspaino ≥ 20 %) ja heidän vanhempansa. Lapset oli satunnaistettu joko kuusi kuukautta kestävään terveydenhoitajan toteuttamaan yksilöhoitoon tai käyttäytymisterapiaan ja ratkaisukeskeiseen työotteeseen perustuvaan ryhmähoitoon. Yksilöhoito sisälsi kaksi tapaamiskertaa lapsen kanssa ja ryhmähoito 15 tapaamiskertaa lapsille ja heidän vanhemmilleen erikseen. Aineistojen analyysin perusteella asiakaslähtöisyys ja perhekeskeisyys toteutuivat paremmin ryhmä- kuin yksilömuotoisessa lasten painonhallintaohjauksessa. Ryhmäohjaus tuki vanhemmuutta merkittävästi paremmin kuin yksilöohjaus. Lapsi sai ryhmäohjauksessa keinoja painonhal-

lintatavoitteiden saavuttamiseen sekä ohjausta itsetunnon tukemiseen. Ryhmäohjaus kannusti enemmän ruokailu- ja liikuntatottumusten muutoksiin kuin yksilöohjaus.

Kivirannan (2007) opinnäytetyössä ”Ylipainoisten 7 - 9 -vuotiaiden lasten Mahtavat Muksut ryhmämuotoinen painonhallintaohjelma” selvitettiin lasten kokemuksia ryhmäohjauksesta. Tutkimukseen osallistuneet tytöt (n=8) ja pojat (n=7) olivat kuopiolaisia 1.-3. luokan oppilaita, joiden pituuspaino oli tutkimuksen alussa vähintään 20 %. Lapset oli satunnaistettu ryhmähoitoon, johon osallistui myös toinen vanhemmista. 80 - 90 minuutin pituisia ryhmätapaamisia oli 15 yhteensä 6 kuukautta kestäneen hoidon aikana, ja tapaamiset olivat pääasiassa erikseen lapsille ja vanhemmille. Lasten ryhmien vetäjinä toimi kaksi ravitsemustieteen opinnäyteopiskelijaa. Ryhmätapaamisissa pyrittiin vaikuttamaan myönteisesti lasten ruoka- ja liikuntatottumuksiin, itsetuntemukseen sekä pituuspainoon käyttäytymisterapeuttisen ja ratkaisukeskeisen työotteen avulla. Ryhmäohjelman toimivuutta arvioitiin lasten näkökulmasta heille tehdyllä teemahaastattelulla. Lapset kertoivat oppineensa ryhmissä etenkin terveyttä edistävään syömiseen liittyviä asioita sekä lisäksi liikunnan merkitystä ja ryhmässä toimimista. Useimmat lapset kertoivat myös tehneensä terveyttä edistäviä muutoksia ruoka- ja liikuntatottumuksiinsa, he olivat erityisesti lisänneet kasvisten käyttöä ja liikuntaa.

Suomalainen diabeteksen ehkäisy tutkimus (**Diabetes Prevention Study, DPS**) osoitti ensimmäisenä maailmassa, että tyypin 2 diabetes on ehkäistävissä ravinto- ja liikuntatottumuksia muuttamalla. Tutkittavien diabetesriski aleni 58 prosentilla tehostetun ruokavalio- ja liikuntaohjauksen myötä tapahtuneella elintapojen korjaamisella. Tehostettu neuvontaryhmä sai säännöllisesti yksilöllistä neuvontaa erityisesti painonpudotuksessa, ravinnon kokonaisenergian ja rasvan määrän vähentämisessä, rasvan laadun muuttamisessa sekä kuidun lisäämisessä ruokavalioon. Myös liikunta-neuvonta oli yksilöllistä. DPS -tutkimuksen seurantatulokset osoittavat, että ohjauksen myönteinen vaikutus elintapoihin ja diabetessairastuvuuteen säilyy ohjauksen päätyttyäkin. Tehostettua ohjausta saaneilla sairastuvuus oli kolmen vuoden kuluttua ohjauksen päättymisestä edelleen yli kolmanneksen pienempi kuin verrokeilla. (Suomen diabetesliitto ry 2005, 18.)

Sääkslahden (2005, 100) väitöskirjatutkimus **"Liikuntaintervention vaikutus 3-7-vuotiaiden lasten fyysiseen aktiivisuuteen ja motorisiin taitoihin sekä fyysisen aktiivisuuden yhteys sydän- ja verisuonitautien riskitekijöihin"** selvitti runsaaseen ulkoliikuntaan kannustavan liikuntaohjelman vaikutuksia 3-7-vuotiaiden lasten liikunnan määrään ja perustaitoihin. Lisäksi hän tarkasteli liikunnan määrän ja laadun yhteyttä sepelvaltimotaudin riskitekijöihin. Tutkimus osoitti, että alle kouluikäisten lasten liikunnan määrää voidaan lisätä ja liikuntataitoja voidaan kehittää paremmiksi lasten vanhemmille suunnatulla liikuntakasvatusohjelmalla. Vanhemmat tarvitsevat myös konkreettisia esimerkkejä siitä, miten he voivat rohkaista lapsiaan liikkumaan ja leikkimään ulkona päivittäin. Tutkimus osoitti myös, että liikunnan määrä on yhteydessä sydän- ja verisuonitautien riskitekijöihin jo varhaislapsuuden aikana.

Painokas-projekti on Turun kaupungin perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon kolmivuotinen (2006 - 2008) kehittämis- ja tutkimushanke. Projektin tavoitteena on 4-6-vuotiaiden lasten terveen kasvun tukeminen ja pitkällä tähtäimellä lihavuuden aiheuttamien sairauksien ehkäiseminen. Lisäksi projektissa koottiin olemassa olevaa aiheeseen liittyvää tietoa ja työvälineitä neuvolan työntekijöille käytännön työvälineiksi. Projektissa pyrittiin myös vahvistamaan kaupungin eri toimijatatahojen tekemää yhteistyötä. Tutkimusperheet osallistuivat Painokas-interventioon, joka käsitti neljä perhetapaamista terveydenhoitajan, lastenlääkärin, sekä ravitsemus- ja liikunta-asiantuntijoiden luona. Interventioon kuului lisäksi kolme yhteistä tapahtumaa: Voi hyvin, Nauti ruoasta ja Liiku leikiten – tapahtumat. (Painokas - projekti 2009.)

Suomen Sydänliiton **Neuvokas perhe – ohjelman** (2006- 2011) päämääränä on edistää lasten ja lapsiperheiden hyviä liikunta- ja ravitsemustottumuksia sekä ehkäistä lihavuutta. Ohjelmassa kehitetään valtakunnallinen perhekeskeisen elintapaohjauksen malli osaksi normaalia äitiys- ja lastenneuvolatoimintaa. Tavoitteena ovat terveet elintavat lapsesta alkaen vanhempien roolia unohtamatta. Ohjelman tavoitteena on jatkossa kehittää mallia myös päiväkoteihin, perhepäivähoitajille ja kouluihin. Malli tukee ja selkeyttää ohjaustyötä sekä helpottaa puheeksi ottamista. Sen avulla tervey-

denhoitaja voi toimia perheiden yksilöllisiä ratkaisuja kunnioittaen ja voimavaroja tukien. Mallin perustan muodostavat kaksi korttia: Perheen liikuntatottumukset ja Perheen ravitsemustottumukset. Korteissa on kysymyksiä äidin, isän ja lapsen liikunnasta ja ravitsemuksesta. Malliin sisältyviä muita työvälineitä ovat tieto- ja havaintokansiot. Niissä on paitsi tietoa liikunnasta ja ravitsemuksesta terveydenhoitajille myös taulukoita ja kuvia, joilla terveydenhoitaja voi havainnollistaa ohjauksen sisältöä perheille. Lisäksi selvitetään, miten malliin sisältyvä terveydenhoitajien täydennyskoulutus tukee ohjaustyötä ja mallin käyttöä. (Suomen Sydänliitto ry 2009a.) Noormarkku oli yksi Neuvokas perhe - ohjelman pilottikunnista, joka testasi ohjelman toimivuutta käytännössä. Opinnäytetyön tekijä on kutsuttu Neuvokas perhe – ohjelman kouluterveydenhuollon valtakunnalliseen kehittämistyöryhmään, jonka tavoitteena on kehittää toimintamallia kouluterveydenhuoltoon sopivaksi.

Vuonna 2007 käynnistettiin professori Timo Lakan johdolla Kuopion yliopiston fysiologian yksikössä **Lasten liikunta- ja ravitsemustutkimus** (2007 – 2009), jonka lähtökohtana on se, että suomalaislasten elintavoissa on selvästi korjattavaa. Interventiotutkimuksessa on mukana 500 ensimmäisen luokan oppilasta. Tutkimus kestää kaksi vuotta. Lasten elintapoja seurataan varsinaisen interventiotutkimuksen jälkeen varhaisaikuisuuteen saakka. Heille tehdään vielä kaksi kertaa, viiden vuoden välein, samat perusteelliset terveystutkimukset kuin tutkimuksen alussa. Näin voidaan enustaa ensiluokkalaisena mitattujen asioiden perusteella aikuisiän terveyttä. Jos interventiot toteutetaan hyvin ensimmäisen kahden vuoden aikana, hyvien elintapojen toivotaan jäävän pysyviksi, ja sillä tavalla saadaan vielä vaikutuksia aikuisiässä. (Kuopion yliopisto 2007.)

Porissa ja Porin yhteistoiminta-alueella (Noormarkku, Pomarkku, Merikarvia, Ulvila ja Luvia) toteutettava **Lasten hyvinvointihanke – HYVIS** käynnistyi 1.9.2007 ja päättyy 31.10.2009. Hankkeen kohderyhmänä ovat Porin seudun alle 13-vuotiaat lapset. Hankkeen tavoitteena on luoda pysyvä alueellinen verkostomainen toimintamalli lasten hyvinvoinnin edistämiseen lisäämällä lasten liikunnan määrää ja tietoa terveellisistä elintavoista. Toiminta toteutetaan neuvoloiden, päiväkotien, koulujen, vapaa-aikatoimen ja suoraan koteihin suunnattujen toimenpiteiden kautta. (Lasten

hyvinvointihanke – HYVIS 2009.) Opinnäytetyön tekijä on HYVIS -hankkeen projektiryhmän jäsen.

2.2 Elintapaohjaus

Ylipainon ja lihavuuden aiheuttamat terveyshaitat ovat nousseet monissa teollistuneissa maissa somaattisten sairauksien kärkeen. Lihavuuden aiheuttama sairastavuuden lisääntyminen näkyy useiden yksittäisten sairauksien yleistymisessä. Suomalainen terveydenhuoltojärjestelmä on kansainvälisestikin tarkasteltuna tehokas elintapa-sairauksien hoitamisessa, mutta sairastavuuden kasvun myötä tilanteeseen puuttumisen painopisteen tulisi siirtyä entistä varhaisemmaksi. Pelkkä lihavuuden komplikaatioiden hoito ei enää riitä, vaan tarvitsemme tehokkaampia toimintamuotoja yhä varhaisemmin aloitettavaan elintapaohjaukseen. Tämä edellyttää terveydenhuollon toiminnan suuntaamista selkeästi hoidosta ennaltaehkäisyyn.

Elintapaohjaus on tavoitteellinen työmuoto. Tavoitteena on, että asiakas saa ohjauksen tuella vastauksen kysymyksiinsä, ratkaisee ongelmansa tai selviytyy muutoksesta elämänlaatunsa kannalta onnistuneesti. (Nupponen 2003: 35–36.) Muutosta tukevas- sa elintapaohjauksessa kuvastuvat asiakkaan aktiivinen kuuntelu, terveysneuvonnan myönteinen ilmapiiri sekä neuvonnan rakentuminen asiakkaan omista tarpeista ja näkökulmista käsin. Voimavarakeskeisessä neuvontatilanteessa asiakas on itse osallistuja. Terveyskäyttämisen muutoksessa keskeisintä on asiakkaan itsearvioinnin käynnistäminen. (Mustajoki 2003: 35 - 42; Vänskä 2000: 114; Poskiparta 2002: 25 – 29.) Asiakaskeskeisen työskentelyn tavoitteena on myös herättää asiakkaan oma motivaatio, joka johdattaa asiakkaan itse ajattelemaan asiaa ja tekemään päätöksen elintapojen muuttamisesta. Sisäistä motivaatiota voidaan tukea tasa-arvoisella keskustelulla, syyllistämättömällä informaatiolla sekä vastuun antamisella. (Mustajoki 2003: 35 - 42.)

Elintapaohjauksella tarkoitetaan tässä raportissa kouluterveydenhuollossa toteutettua ylipainoisille ja lihaville lapsille sekä heidän vanhemmilleen suunnattua ravitsemus- ja liikuntaohjausta, jossa periaatteina ovat varhainen puuttuminen, perhekeskeisyys, vanhemmuuden tukeminen, voimavarojen vahvistaminen, ratkaisukeskeisyys ja moniammatillisuus sekä työmenetelminä yksilö- ja ryhmäohjaus.

2.2.1 Elintapaohjaus kouluterveydenhoitajan työssä

Kouluterveydenhoitaja toimii kansanterveystyön, hoitotyön ja terveyden edistämisen asiantuntijana. Työ on lasten, perheiden, yhteisöjen ja ympäristön terveyttä edistävää ja ylläpitävää työtä, sekä sairauksia ehkäisevää ja kuntouttavaa hoitotyötä. Tehtäväalueeseen kuuluu terveyden edistäminen, terveystieteen ja sairauksien ehkäisy, varhainen toteaminen ja sairastuneiden hoitoon osallistuminen. Kouluterveydenhoitajan työ perustuu tieteellisesti tutkittuun tietoon, kokemustietoon, uusimman tiedon hyödyntämiseen ja käytännön hoitotyön osaamiseen. Hänellä pitää olla taitoa ja rohkeutta eläytyä ihmisten elämäntilanteisiin sekä hänellä pitää olla hyvät yhteistyö-, ihmishuoli- ja vuorovaikutustaidot. (Suomen Terveystieteiden tutkimuskeskus ry.)

Kouluterveydenhoitaja toimii ohjaajana erilaisissa tilanteissa. Hän voi ohjata työssään joko yksittäisiä oppilaita tai kerralla suurempia ryhmiä. Elintapaohjauksessa asiantuntijan (kouluterveydenhoitajan) tulisi löytää oma persoonallisuuteen ja temperamenttiin sopiva tapa tehdä työtä. Tärkein asiantuntijan ominaisuus on viestintätaito. Rehellisyys ja aitous välittyvät tavasta kuunnella ja olla kuuntelijana. Ohjaustilanteissa asiantuntijan tulee olla varovainen tulkinnoissaan. Sanaton viestintä voi olla hyvinkin erilaista eri ihmisten välillä. On tärkeää muistaa, että asiakkaan kokemus ohjaustilanteesta määrää osittain sen, minkälaisia merkityksiä hän antaa ohjeille ja koko neuvonnalle. Tämä puolestaan ohjaa hänen toimintaansa jatkossa. (Kettunen, Liimatainen & Poskiparta 1996, 100 – 104.)

Elintapaohjauksen vaikuttavuutta ja tuloksellisuutta parantavat neuvontamenetelmät, joilla tunnistetaan asiakkaiden tiedon puutteet. Asiakkaita tulee aktivoida arvioimaan omaa tietämystään ja toimintaansa terveyden edistäjänä ja ylläpitäjänä, jotta heidän elintavoissaan tapahtuisi muutosta. (Poskiparta 1997: 45; Vänskä 2000: 102 - 103.) Elintapaohjaajalta kuten kouluterveydenhoitajalta edellytetään jatkuvaa ja monipuolistaa tiedon hankkimista sekä sen soveltamista omaan työhön. Ohjaus voidaan nähdä sekä asiakkaan että ohjaajan mahdollisuutena oppimiseen matkalla kohti terveellisempää elämää. (Kettunen ym. 1996, 104.) Luoteis-Satakunnan kansanterveystyön kuntayhtymässä lastenneuvolan ja kouluterveydenhuollon terveydenhoitajat ovat

käyneet viime vuoden aikana erilaisissa ohjauskoulutuksissa, joissa on saatu päivitettyä teorian tietoja ja harjoiteltua muun muassa liikunta- ja ravitsemusohjausta. Tällaisia koulutuksia ovat järjestäneet muun muassa Neuvokas perhe- ja Hyvis- hankkeet. Ke-väällä 2009 on tulossa myös koulutus motivoivasta keskustelusta, jota menetelmää myös Lasten lihavuus – Käypä hoito suosituksessa kehoitetaan lasten ylipainon ja li-havuuden hoidossa käyttämään.

2.2.2 Elintapaohjauksen keskeiset periaatteet ja menetelmät

Lapsen valmiudet terveyttä edistävien valintojen tekemiseen ovat rajalliset, jolloin vanhempien ja muiden aikuisten rooli korostuu edellyttäen heidän antamaansa tukea ja ohjausta (Pietilä & Häggman - Laitila 2002, 35 - 50). Lapsen terveyttä voi edistää sekä lapsi itse toimijana, että aikuiset rooleissaan rajoittajina, ohjaajina, malleina ja keskustelijoina. Aikuisten elämäntapavalinnat vaikuttavat välillisesti lapseen ja eri-tyisesti äidillä on tärkeä merkitys terveyteen liittyvien arvojen siirtämisessä lapsil-leen. (Okkonen 2004.)

Lapsiperheiden terveyden edistämiseen suositellaan voimavaralähtöistä, perhekes-keistä ja yhteistyöhön perustuvaa työtettä, jonka avulla lujitetaan perheiden omia lähtökohtia terveeseen elämään. Voimavaratekijät kuten huolenpito lapsesta, hyvä itsetunto, lapsilähtöinen kasvatusta sekä perheen sosiaaliset verkostot edistävät lapsen tervettä kasvua ja kehitystä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004a, 22 – 24.) Lasten painonhallintaohjauksessa elintapamuutoksiin tähtääviä ohjausmenetelmiä ovat muun muassa ongelmanratkaisumenetelmät ja ratkaisukeskeinen työote (Suomalai-nen Lääkäriseura Duodecim 2005). Lasten ja heidän perheidensä terveyttä voidaan edistää arvioimalla perheiden tarpeita, jakamalla tietoa, vahvistamalla olemassa ole-via vahvuuksia ja lisäämällä elämäntaitoja. Näin on mahdollista antaa heille itselleen vaihtoehtoja vaikuttaa omaan terveyteensä ja tehdä terveyteen johtavia valintoja. (Raatikainen 2003, 9 – 24.)

Kouluikäisten terveyden edistämisestä puhuttaessa ei voida siis unohtaa perheiden tai lapsen huoltajien merkitystä. Lasten painonhallintatoimintamallin on tuettava myös

näiden tahojen mahdollisuuksia terveyttä edistävään elämään. Peruskouluikäisen terveyden edistämällä tarkoitetaan tässä tutkimuksessa lapsen ja tämän huoltajien tai perheen voimavarojen tukemista sekä heidän omien mahdollisuuksiensa parantamista elää tervettä elämää omassa elinpiirissään. Pyrkimyksenä ei ole saada perhettä, huoltajia tai lasta toimimaan tietyn terveystmallin mukaan, vaan on tuettava heitä olemaan valmiimpia ja halukkaampia tekemään omassa elämässään terveitä valintoja.

Varhainen puuttuminen

Varhainen puuttuminen on toimintamalli, jossa huoli otetaan puheeksi mahdollisimman pian. Huolta voi tuntea lapsi itse, lapsen huoltaja tai lapsen tai perheen kanssa toimiva työntekijä. Varhaisen puuttumisen mallissa oleellista on, että tukea tarjotaan riittävän tehokkaasti ja kokonaisvaltaisesti jo siinä vaiheessa, kun huoli on vielä pieni, eivätkä erilaiset ongelmat ole ehtineet kasautua. Vanhempien kanssa sovittava tuki tarjotaan eri toimijoiden yhteistyönä perheen hyväksymien tavoitteiden mukaisesti. Tarjotun tuen sopivuutta ja ongelmien ratkeamista seurataan säännöllisesti. Tukea voidaan tarjota erilaisien työmenetelmien avulla. (Eriksson & Arnkil 2005, 7.) Huolen puheeksi ottamisen ydinasioita on voimavarojen etsintä. Kun asiat otetaan puheeksi, liittyy siihen aina se, että asialle on mahdollista tehdä jotakin. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus eli Stakes on kehittänyt varhaiseen puuttumiseen liittyviä työmenetelmiä muun muassa kahdenkeskisiin työskentelysuhteisiin. Kehitetyt dialogiset työmenetelmät ovat voimavarakeskeisiä ja vuoropuheluun perustuvia. (Kokko & Koskimies 2007, 3.)

Terveydenhoitajista saattaa tuntua vaikealta ottaa puheeksi huoli lapsen ylipainosta asian arkaluontoisuuden vuoksi, mutta lapsen ylipainoon tulee puuttua heti kun se havaitaan eli kun pituuspainoprosentti on 20 tai sen yli, koska painon nousu ylipainon rajalle tai sen yli ennakoii lihavuutta. Myös yli 10 %:n nousu painokäyrässä 5 cm pituuskasvun aikana viittaa lihomiseen. (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2005.)

Perhekeskeisyys

Koska useissa tutkimuksissa on todettu, että kotioloilla ja perheen hyvinvoinnilla on olennainen merkitys lasten terveyteen ja hyvinvointiin (muun muassa Strid 1999; Julkunen, Strandell & Kangas 2000; Välimaa 2000a), on tärkeää kouluterveyden-

huollon ja vanhempien yhteistyön parantamisessa luoda luottamuksellinen ja turvallinen suhde koko perheeseen, jotta molemminpuolinen kanssakäyminen olisi luontevaa ja perheet voisivat tarvittaessa keskustella avoimesti lapsen ja perheen tilanteeseen liittyvistä asioista. Parhaimmillaan hyvä yhteistyö kouluterveydenhuollossa työskentelevien ja perheen välillä ilmenee siinä, että voidaan ottaa esille perheen vaikeitakin asioita ilman, että perhe tuntee itseään loukattavan.

Lapsen paras ei yleensä voi toteutua ilman vanhempia, sillä lapsen hyvinvointi riippuu koko perheen hyvinvoinnista. Perhekeskeisyys tarkoittaa muun muassa sitä, että äidit, isät ja lapset ovat kouluterveydenhuollon asiakkaita, joiden tiedot ja taidot oman perheensä asiantuntijoina ovat toiminnan lähtökohtana. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004a, 22 – 24.)

Lasten painonhallintaohjauksessa perhekeskeinen hoito voidaan toteuttaa joko yksilö- tai ryhmämuotoisena tai näiden yhdistelmänä. Hoitoa suunniteltaessa on tärkeää arvioida hoidon tarvetta yksilöllisesti, perheen elämäntilanne ja vanhempien ilmaisemat tarpeet huomioiden, käyttäen perheen omaa asiantuntijuutta tapaamisen lähtökohtana. Lähestymistavan tulisi olla perhettä tukeva, ei kritisoiava. Tällainen toiminta edellyttää kuitenkin perheen riittävää tuntemista, tilanneherkkyyttä, vanhempien oikeuksien ja päätöksenteon kunnioittamista sekä luottamuksen hankkimista. (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2005.)

Vanhemmuuden tukeminen

Lapsen ja perheen monipuolisen ja tuloksellisen tukemisen edellytys on myönteinen ja luottamusta herättävä yhteistyösuhde neuvolan työntekijän ja perheenjäsenten välillä. Perheet odottavat tulewansa kuulluiksi ja voivansa keskustella heille ajankohtaisista asioista. Tällainen suhde perustuu kumppanuuteen. Se on pikemmin keskinäinen dialogi kuin työntekijän monologi. Hyvän yhteistyösuhteen olennaisia piirteitä ovat vastavuoroisuuden lisäksi rehellisyys, sitoutuminen, reflektiivisyys ja vanhempien yksilöllisyyden kunnioittaminen. Siihen kuuluvat myös aitous, herkkyyys tunnistaa vanhemman tunteita ja hyväksyä ne, hienotunteisuus sekä perheen valinnanvapauden kunnioittaminen. Dialoginen vuorovaikutussuhde mahdollistaa tunteista ja voimavaroista keskustelemisen, tarjoaa mahdollisuuksia vanhempien aktiiviseen

osallistumiseen ja päätöksentekoon sekä antaa vanhemmille tunteen kiireettömyydestä ja kuulluksi tulemisesta. Vanhempien olisi koettava, että terveydenhoitaja on aidosti kiinnostunut lapsen, vanhemman ja perheen hyvinvoinnista. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004a, 95.)

Vanhemmuuden tukeminen on olennainen osa lasten painonhallintaohjausta terveystottumusten muodostuessa lapsuuden kotiympäristössä, missä vanhemmat voivat esimerkillään tarjota terveyttä edistävän ympäristön. Vanhemmuuden erilaisiin rooleihin kuuluvat muun muassa mallina oleminen, arkielämän taitojen opettaminen, lapsen itsenäisyyden tukeminen, rajojen asettaminen, sääntöjen luominen, vuorokausirytmistä huolehtiminen. Vanhempien tehtävänä on ottaa vastuuta toiminnastaan ja siitä, mitä he lapsilleen tarjoavat kertomalla miten ja kuinka paljon tulisi syödä ja liikkua sekä rajoittamalla passivoivia toimintoja kuten television katselua ja tietokoneen käyttöä. (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2005.)

.

Voimavarojen vahvistaminen

Hyvä yhteistyösuhde vanhempien ja kouluterveydenhoitajan välillä on avain voimavarojen vahvistamiseen. Vanhemmuutta voidaan tukea erityisesti vanhempien voimavaroja vahvistamalla, tukemalla vanhempia kykyjensä kehittämisessä, lujittamalla vanhempien itsetuntoa ja henkilökohtaista hallinnan tunnetta. Voimavarojen vahvistaminen eli voimaantumisen (empowerment) mahdollistaminen tarkoittaa yksilön tai perheen saamaa tukea. Voimaantumisen edellytyksenä on yhteistyösuhteen ja kommunikoinnin luottamuksellisuus ja avoimuus, joihin kuuluu vanhempien täysvaltainen osallistuminen, yhteisesti sovitut tavoitteet ja kuulluksi tulemisen kokemus. Jotta hoitotyöntekijä voi vahvistaa asiakkaiden voimavaroja, on hänellä itsellään oltava riittävästi voimavaroja, muun muassa tietoja ja taitoja asiakkaan voimavarojen vahvistamiseen. Voimavaroja voidaan vahvistaa kuuntelemalla, tarjoamalla tukea ja merkityksellistä tietoa sekä auttamalla arvioimaan omia vahvuuksia. Vanhemmat voivat saada vertaistukea vanhemmuuteensa myös ryhmässä toisten kanssa keskustelemalla. Keskustelemalla ja nostamalla perheen olemassa olevia voimavaroja tietoisuuteen autetaan perhettä tunnistamaan ja saamaan niitä käyttöönsä. (Pelkonen & Hakulinen 2002, 203 - 212.)

Ohjaamisen kehittäminen voimavarakeskeiseksi on ajankohtainen ja tärkeä tulevaisuuden haaste. Voimavarakeskeistä työskentelyä voidaan tukea lasten ja perheiden elintapaohjauksessa erilaisin lomakkein ja haastattelutekniikoin, joiden avulla asiakasperhe itse miettii voimavarojaan ja niitä kuormittavia tekijöitä. Hoitajien aloiteratkaisu, tuntemuskysymykset, arkirupattelu, tunnusteleva puhe, kuuntelua osoittava palaute ja neutraalisuus tarjoavat potilaalle tilan osallistua. (Pelkonen & Hakulinen 2002, 208 - 209.)

Ratkaisukeskeisyys

Ratkaisukeskeisessä työotteessa asiakas on päähenkilö. Hän määrittelee mihin haluaa apua, mitä tekee ja miten toimii. Ohjaaja hyväksyy asiakkaan valinnat ja kunnioittaa niitä, vaikka asiakas päättäisi olla tekemättä mitään esimerkiksi elintavoilleen. Ohjaaja asettuu asiakkaan puolelle ongelmia vastaan. Hän uskoo asiakkaan onnistumiseen. Näin myös asiakas usko omiin kykyihinsä vahvistuu. Ohjaajan tehtävä on toimia asiakkaan valmentajana ja auttajana, auttaa asiakasta hahmottamaan ongelmallinen tilanne niin, että ratkaisut löytyvät. Käytännön ratkaisut ongelmiin on kuitenkin asiakkaalla itsellään. (Fogelholm 2001, 95.)

Painonhallintatoimintamallissa vanhempien ja lasten hallinnan tunnetta ja siten mahdollisuuksia tehdä terveyttä edistäviä valintoja voidaan tukea ratkaisukeskein keinoin lapsen ikä ja kehitystaso huomioiden. Syiden ja syyllisten osoittamisen sijaan ohjauksessa on tärkeää tuoda esille asioita, joilla voidaan tukea vanhemmuutta sekä lapsen itsetunnon ja hyvien elintapojen kehitystä osoittaen samalla lapselle hyväksymistä ja arvostamista sellaisena kuin hän on. (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2005.)

Ratkaisukeskeisen ohjausmenetelmän avulla voidaan muuttaa ajattelua, suhtautumista syömiseen ja ylipainoon. Ohjauskerroilla mietitään, mitä hyvää nykyisissä elintavoissa on jo olemassa ja miten niitä voitaisiin kehittää. Onnistumisen näkökulma on keskeinen tässä lähestymistavassa, jonka vuoksi tavoitellaan pieniä, kestäviä muutoksia kerrallaan ja annetaan myönteistä palautetta onnistuneesta edistymisestä. Hoi-

to on kuitenkin jäsennettyä ja tavoitekeskeistä, jossa asetetaan selkeät tavoitteet. (Mustajoki & Lappalainen 2001.)

Moniammatillisuus

Lapsien ja perheiden hyvinvoinnin tukeminen sekä varhainen puuttuminen perheiden ongelmatilanteisiin edellyttää toimivaa yhteistyötä useiden eri ammattiryhmien kesken. Moniammatillisuus määritellään eri ammattiryhmien yhteistoiminnaksi ja tällöin työskentely voi tapahtua esimerkiksi tiimeissä. Moniammatillisella tiimillä tarkoitetaan ryhmää, mikä koostuu erilaisen koulutuksen saaneista ammatti-ihmisistä. Moniammatillisen tiimin jäsenet tapaavat toisiaan säännöllisesti koordinoitakseen työtään palvelujen tarjoajina. (Övretveit 1994, 29.)

Moniammatillinen yhteistyö mahdollistaa voimavarojen keskittämisen ja asiakkaan ongelmiin kyetään puuttumaan varhaisessa vaiheessa. (Kangaspunta, Kilkku, Kalliala – Heino & Punamäki 2005, 12.) Moniammatillinen yhteistyö voidaan nähdä osapuolten suunnitelmallisena vuorovaikutuksena, toiminnan arvioimisena sekä yhdessä tekemisen prosessina. Yhteistyössä kunnioitetaan ja arvostetaan mukana olevien tahojen asiantuntijuutta sekä osaamista. Yhteisesti laaditut toiminnan tavoitteet, kehittämiskohteet sekä toisten työn riittävä tuntemus tehostavat moniammatillista yhteistyötä. (Taajamo, Soine – Rajanummi & Järvinen 2005, 19 - 21.)

Tässä suunnitellussa elintapaohjausmallissa toimivat kouluterveydenhoitaja, ravitsemusasiantuntija, fysioterapeutti, psykologi ja psykiatrinen sairaanhoitaja.

Yksilöohjaus

Yksilöohjausta pidetään oppimisen kannalta usein tehokkaimpana menetelmänä ja ohjattavat arvostavat sitä, koska se mahdollistaa asiakkaan tarpeista lähtevän ohjauksen, aktiivisuuden ja motivaation tukemisen, jatkuvan palautteen antamisen sekä vapaamuotoisen ilmapiirin. Toisaalta yksilöohjaus vaatii ohjaajalta aikaa. (Kyngäs ym. 2007, 74.) Yksilöohjaus toteutuu asiakkaan ja ammattihenkilön vuorovaikutuksessa, mutta kysymys ei ole pelkästään keskustelusta. Yksilöohjauksessa asiantuntija antaa asiantuntemuksensa asiakkaan käytettäväksi. (Nupponen 2003: 35–36.)

Elintapaohjauksessa hoidon tavoitteet tulisi määritellä yhteistyössä asiakkaan kanssa, ylipainoisen tai lihavan lapsen ohjauksessa yhdessä vanhempien kanssa, jotta ne olisivat saavutettavissa. Tavoitteiden tulisi olla realistisia, konkreettisia ja mitattavissa olevia. Ne tulee myös kirjata ylös. Ohjattavan oman näkemyksen huomioiminen edistää hänen tyytyväisyyttään ja sitoutumistaan. (Kyngäs ym. 2007, 75.)

Kouluterveydenhuollon ensisijaisena tarkoituksena on lapsen terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen. Tästä syystä myös ylipainoisen lapsen yksilöohjauksessa lapsen näkökulman pitää olla aina ensisijainen. Jokainen kohtaaminen lapsen kanssa on potentiaalisesti ratkaiseva hänen myöhemmän elämänsä kannalta. Lapsi aistii herkästi sanatonta viestintää. On tärkeää, että lapselle jää kohtaamisesta tunne siitä, että hän on tärkeä ja arvokas, että aikuiset kuuntelevat ja haluavat tukea häntä. Lapsen tulee voida tuntea, että hän on käynnin päähenkilö. On tärkeää, että esimerkiksi ylipainoiselta lapselta itseltään kysytään hänen voinnistaan sekä siitä, mitkä asiat tuottavat hänelle iloa tai huolta. On myös tärkeää kiinnittää huomiota siihen, mistä hänen läsnäollessaan puhutaan. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004a, 94.)

Ryhmäohjaus

Ryhmäohjaus on yksilöohjauksen ohella yksi eniten käytetyistä ohjausmenetelmistä terveydenhuollossa. Ryhmäohjausta annetaan erikokoisissa ja eri tarkoitusta varten kootuissa ryhmissä, joilla on tietty tavoite. Ryhmässä toimiminen voi olla siinä mukana oleville voimaannuttava kokemus, joka auttaa tavoitteen esimerkiksi pysyvien elintapamuutosten saavuttamisessa. Ryhmäohjauksen etuna on yksilöohjaukseen verrattuna se, että tietoa voidaan jakaa kerralla isommalle joukolle, jolloin ohjaus on taloudellisempaa. (Kyngäs ym. 2007, 104.)

Vertaistuesta on kotimaisten ja ulkomaisten tutkimusten mukaan kiistatonta hyötyä myös monille perheille. Vertaistuellla tarkoitetaan vertaisen eli toisen samanlaisessa elämäntilanteessa elävän vanhemman tai lapsen antamaa sosiaalista tukea. Sosiaalinen tuki sisältää yksilön tietoisuuden siitä, että on olemassa ihmisiä, joilta hän voi saada emotionaalista, tiedollista ja arviointia sisältävää tukea sekä käytännöllistä apua. Pienryhmissä vanhemmat ja lapset voivat saada toisiltaan käyttökelpoista tietoa, joka avaa uusia näkökulmia, auttaa jäsentämään omaa elämäntilannetta ja hel-

pottaa käytännön pulmien ratkaisemista. Tätä tietoa tarvitaan asiantuntijoilta saadun tiedon lisäksi. Ryhmä antaa mahdollisuuden jakaa kokemuksia muiden kanssa. Pienryhmätoiminta voi myös kehittää vanhemman, lapsen ja terveydenhoitajan välistä suhdetta avoimemmaksi ja luottamusta herättävämmäksi. Vanhemmat arvostavat sitä, että terveydenhoitajat järjestävät uusia mahdollisuuksia tukea lapsia ja vanhempia. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004a, 113.)

Motivoiva keskustelu

Motivoiva keskustelu on työmenetelmä, jota terveydenhoitaja voi soveltaa asiakkaan elintapamuutosmotivaation herättelyyn ja muutosprosessin tukemiseen. Motivoiva keskustelu on asiakaskeskeinen ohjausmenetelmä, jossa vahvistetaan asiakkaan sisäistä motivaatiota muutokseen. Perusajatuksena on, että muutoksen motivaatio lähtee ihmisen havaitsemasta ristiriidasta nykyisen ja toivotun olotilan välillä. Haastattelussa korostuvat vuorovaikutus, jossa tuetaan asiakkaan muutosta ja autetaan häntä ratkaisemaan muutokseen liittyvä ristiriita. Tarkoituksena on keskittyä asiakkaan omiin kiinnostuksen kohteisiin ja huolen aiheisiin. Asiakkaan näkemysten kunnioittaminen onkin erityisen tärkeää. Häntä ei leimata vaan kannustetaan ottamaan vastuuta, tuetaan itseensä ja muutoskykyihin uskomista sekä kunnioitetaan hänen oikeuttaan valita itse muutostavoitteensa. (Haarala, Honkanen, Mellin & Tervaskanto – Mäentausta 2008, 141 – 143.)

Motivoiva keskustelu on prosessi, jonka lähtökohtana on luottamuksellinen ilmapiiri. Vuorovaikutuksessa korostuvat tasavertaisuus ja empaattisuus. Tavoitteena on, että asiakas kokee tulleen kuulluksi ja ymmärretyksi. Motivoivassa keskustelussa välitetään opettamista ja kasvattamista. Keskustelun keskeiset menetelmät ovat: avointen kysymysten esittäminen, vahvistaminen ja tukeminen, heijastava kuunteleminen eli reflektointi, muutospuheen vahvistaminen sekä yhteenvetojen tekeminen asiakkaan puheesta. (Haarala ym. 2008, 141 – 143.)

2.2.3 Suomalaiset lasten ravitsemus- ja liikuntasuositukset

Suomalaisessa kansanterveydessä on saavutettu huomattavia edistysaskeleita vaikuttamalla muun muassa elintapoihin ja sairauksien riskitekijöihin. Toisaalta liikunta- ja

ruokatottumukset eivät ole kaikilta osin kehittyneet riittävästi toivottuun suuntaan. Nykyistä tutkimustietoa menestyksellisesti soveltamalla suomalaisten terveys voisi olla huomattavasti parempi ja väestöryhmien terveyserot nykyistä pienemmät.

Vuonna 2008 annetussa ”Valtioneuvoston periaatepäätöksessä terveyttä edistävän liikunnan ja ravinnon kehittämislinjoista” yhdeksi keskeiseksi tavoitteeksi on asetettu se, että lapsille, nuorille ja lapsiperheille on tarjolla enemmän tietoa, tukea ja mahdollisuuksia liikunnallisen elämäntavan ja terveellisten ruokatottumusten omaksumisessa. Mahdollisuus liikuntaan ja terveelliseen ravintoon kuuluu kaikille. Erityisesti on huomioitava erityistä tukea tarvitsevat lapset ja nuoret. Kouluterveydenhuollossa on myös oltava riittävästi osaavaa henkilökuntaa ja välineitä lapsiperheiden ruoka- ja liikuntatottumusten arvioimiseen sekä elämäntapoihin liittyvien ongelmien havaitsemiseen ja ohjaukseen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008a, 6 – 10.)

Ravitsemus

Valtion ravitsemusneuvottelukunnan vuonna 2005 julkaiseman ravitsemussuosituksen mukaan suomalainen ravitsemustilanne on kehittynyt. Monien perheiden ruokapöydästä löytyy jo vähärasvaisia ja rasvattomia maitovalmisteita, kasviöljyjä sekä pehmeitä kasvirasvavälitteitä. Myös suolan käyttö on vähentynyt ja kasvien sekä hedelmien käyttö lisääntynyt. Viljavalmisteista ruisleivän kulutus on kasvamassa. Kuitenkin sokeria ja makeisia kulutetaan aikaisempaa enemmän. Myös erilaisten epäterveellisten juomien käyttö on lisääntynyt runsaasti. Hedelmämehut ovat suosittuja ja virvoitusjuomien kulutus kaksinkertaistunut viimeisten kymmenen vuoden aikana. Kovaa rasvaa on edelleen ruokavaliossa suosituksia enemmän, ja sen saannin väheneminen on pysähtynyt 2000 - luvulla. Rasvaisista ja makeista välipaloista sekä juomista saatu energiamäärä on huomattavasti lisääntynyt samalla kun pakkauskoot ovat suurentuneet. Suurimpana ongelmana suomalaisten ravitsemuksessa nähdään energiansaannin ja kulutuksen välinen epätasapaino, joka heijastuu lihavuuden yleistymisenä. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005, 8 - 9.)

Suomen Sydänliiton ravitsemussuositus (Suomen Sydänliitto ry 2009b) perustuu kansainvälisiin ja kansallisiin suosituksiin, jotka on tehty sydän- ja verisuonisairauksien ehkäisyä ja hoitoa varten, sekä Valtion ravitsemusneuvottelukunnan laatimiin

suomalaisiin ravitsemussuosituksiin (2005). Sydänterveyttä edistävä ravitsemussuositus, joka esitellään taulukossa 4 (Taulukko 4.) tarkoittaa käytännössä kasvisvoitoista, rasvan määrän osalta kohtuullista ja vähäsuolaista ruokavaliota, joka sopii kaikille.

Taulukko 4. Suomen Sydänliiton sydänterveyttä edistävä ravitsemussuositus (Suomen Sydänliitto ry 2009b).

Sydänterveyttä edistävä ravitsemussuositus
<ul style="list-style-type: none"> • Rasvaa noin 30 % energiasta • Kovaa (tydyttynyt ja transrasva) rasvaa enintään 10 % energiasta eli enintään 1/3 rasvasta • Pehmeää (tydyttymätöntä) rasvaa vähintään 20-25 % energiasta eli vähintään 2/3 rasvasta • Kolesterolia enintään 300 mg päivässä • Suolaa enintään 5 g (1tl) päivässä • Kuitua 25 – 35 g päivässä • Kasviksia, marjoja ja hedelmiä vähintään puoli kiloa päivässä

Elimistömme on biologisesti tarkoitettu nauttimaan toisenlaista ravintoa kuin mitä tällä hetkellä suurin osa väestöstä syö. Lisäksi syödään epäsäännöllisesti, runsaasti ja napostellaan jatkuvasti pitkin päivää. Ylipainoisen lapsen ruokavaliassa runsaasti rasvaa ja vähän kuituja sisältävät välipalat, virvoitusjuomat, kioskiruoka ja makeiset ovatkin tunnusomaisia. (Hakala 1998, 5355; Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005, 39.)

Elintarviketeollisuus on Suomessa huomionut valtakunnalliset ravitsemussuositukset tuotekehittelyssään. Vähärasvaisia maitotuotteita on paljon, täysjyvätuotteiden valikoima on laajentunut ja lihojen sekä leipien suolapitoisuutta on vähennetty. Tästä huolimatta olisi ylipainon ehkäisyn näkökulmasta nykyistä paremmin huomioitava myytävien annoskokojen suuruus ja se, kuinka vahvasti epäterveellisiä välipaloja lapsille mainostetaan. (Kansanterveyslaitos 2005, 20; Pietinen 2005, 76.)

Suomessa voimassa olevat kansalliset ravitsemussuositukset perustuvat tieteellisiin laskelmiin keskimääräisistä ravintoaineiden tarpeista. Vaikka elintapaohjauksessa

tavoitellaan käytännönläheisyyttä esimerkiksi ”lautasmallilla” tai ”kasviksia puoli kiloa päivässä” -tyyppisillä suosituksilla, on ravintoon ja terveyteen liittyvä tieto kuluttajien näkökulmasta yhä pirstaleisempaa ja yksityiskohtaisempaa. Ennen vain asiantuntijoille avautunut tieto on nyt myös kuluttajien käsillä ja käytettävissä, sillä uudet tutkimustulokset saavat helposti julkisuutta. Samalla terveyden markkinoille ilmestyy jatkuvasti keskenään ristiriitaisia ohjeita terveellisestä syömisestä. Ylipainoisen lapsen elintapaohjauksessa on varattava aikaa keskustelulle ravitsemus- ja liikuntasuosituksista, koska niiden sisältö ei välttämättä olekaan vanhempien tiedossa.

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisussa ”Lapsi, perhe ja ruoka” (2004), esitellään koko perheen ravitsemussuositukset. Suosituksissa todetaan, että hyvä perusta tasapainoisille ruokailutottumuksille luodaan siten, että vanhempien vastuulla on tarjota monipuolista ruokaa säännöllisin väliajoin, mutta lapsi saa säädellä itse ruokamääränsä. Perheen säännöllisiä ruoka-aikoja ruokapöydässä korostetaan, samoin perheen ruokavalintojen, ruokailutilanteen, ruokapuheidien ja asenteiden ohjaavuutta lasten ruokailutottumusten kehittämisessä. Lasta tulisi ohjata vähitellen valitsemaan itse erilaisia ruokia ja maistelemaan uusia ruoka-aineita. Lapsen tulisi saada myös monipuolisia kokemuksia ruoasta, syömisestä ja kaikesta ruokailuun ja ruoanvalmistukseen liittyvästä. On tärkeää, että lasta kannustetaan syömään omatoimisesti kiireettömässä, turvallisessa ja opettelulle myönteisessä ympäristössä. (Hasunen ym. 2004, 3 - 4.) Kouluikäiset lapset ja nuoret tarvitsevat monipuolista ruokaa kasvuun ja kehitykseen. Lasten ja nuorten energiantarpeen viitearvot ja ravintoaineiden saantisuositukset on esitetty suomalaisissa ravitsemussuosituksissa (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005, 10 - 34). Myös kouluikäisten aterioiden koostamiseen sopii lautasmalli. Säännöllinen ateriarhythmi ja terveelliset välipalat ovat tärkeitä koululaisille.

Erilaisten juomien valikoima on laajentunut runsaasti viime vuosien aikana ja kokonaan uudentyyppisiä tuotteita, kuten urheilu-, energia- ja hyvinvointijuomia sekä erilaisia maustettuja vesiä on tullut markkinoille. Kuluttajat ovat ymmällään runsaasta tarjonnasta, juomien koostumuseroja ja käyttötarkoitusta ei aina ymmärretä. Juomista on tullut yhä merkittävämpi energian lähde eikä tämä energia useinkaan korvaudu vähentyneenä muun ruoan syömisellä. Ravitsemuksen ja terveyden kannalta kriittiset asiat juomissa ovat niiden sisältämä energia, sokerit, rasva, happamuus (pH, tietyt

hapot), alkoholi ja kofeiini. Hampaiden kannalta kriittistä on myös sokeria ja/tai tiettyjä happoja sisältävien juomien käyttötiheys.(Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2008, 5 – 7.)

Nesteitä tulisi nauttia ruoan lisäksi noin 1–1,5 litraa päivittäin. Normaalitilanteissa tämä määrä riittää lähes kaikille ikäryhmille. Juomisessa tulisi noudattaa säännöllistä päivärytmiä ja nauttia varsinkin sokeria ja/tai happoja sisältävät juomat mieluiten aterioiden yhteydessä. Pelkällä vedellä voidaan ja on suositeltavaa tyydyttää koko päivittäinen nesteen tarve (ruoan lisäksi). Energiaa sisältävät virvoitusjuomat eivät kuulu terveelliseen ruokavalioon, koska niissä on runsaasti energiaa, sokeria, happoja ja kolajuomissa myös kofeiinia, mutta ei muita ravintoaineita. Energiaa sisältämättömät virvoitus- ja muut juomat (light / kevytjuomat) ovat suositeltavampia kuin energiaa sisältävät, mutta niidenkin käyttötiheyden on oltava pieni, koska lähes kaikki sisältävät hampaille haitallisia happoja.(Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2008, 5 – 7.)

Liikunta

Liikunnan merkityksestä ihmisen terveydelle koko elämänkaarella on kertynyt vahvaa tutkimusnäyttöä. Lapsen liikunta tukee muun muassa tervettä kasvua ja kehitystä sekä edistää hyvinvointia. Liikunta harjaannuttaa motoristen taitojen lisäksi lapsen tasapainoa ja parantaa kokonaisvaltaisesti lapsen toimintakykyä. Liikunnan on todettu edistävän lapsen tiedollista, sosiaalista sekä tunteiden ja tahdon kehitystä. Liikuntataidot vahvistavat myös lapsen minäkuva ja itseluottamusta. Vanhempien malli, ohjaus ja tuki kannustavat lasta omaksumaan liikunnallisen elämänsenteen. Turvalliset pihat ja leikkipaikat lähiympäristössä houkuttelevat lasta liikkumaan. Vanhempien antama malli myös arkiliikuntaan on tärkeää, kävelläänkö kauppaan vai mennäänkö autolla, kuljetaanko portaat vai käytetäänkö hissiä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004a, 198 - 199.)

Liikkumattomuus eli liikunnan puute on yleinen, kasvava ja vakava terveysongelma. On todettu, että puolet väestöstämme liikkuu terveytensä kannalta riittämättömästi. Se on paljon ja tästä syystä liikunnan edistämisen tarve on erittäin suuri ja välitön. (Vuori 2003, 62). Tutkimuksissa on todettu, että fyysinen passiivisuus vapaa-ajalla

altistaa esimerkiksi tyypin 2 diabetekselle. Fyysinen aktiivisuus on välttämättömyys elimistön rakenteiden ja toimintojen pysymiseksi kunnossa. Jo kävelytyyppinen liikunta antaa suojaa ja ehkäisee liikkumattomuuden haittoja. (Kukkonen - Harjula 2005, 99; Vuori 2002, 12.)

Liikkumattomuus on yhteydessä ylipainoon ja lihavuuteen. Tutkimukset ovat osoittaneet, että selvästi passiivisimmilla ja vähiten liikuntaa harrastavilla lihavuuden yleisyys on aktiivisimpaan luokkaan verrattuna nelinkertainen. Samoin fyysisen aktiivisuuden lisääminen ja passiivisuuden väheneminen ovat molemmat yhteydessä vähäisempään lihavuuteen. (Fogelholm 2005a, 87.) Liikkuminen itsessään on vaikeampaa, kun ylipaino-ongelma on syntynyt. Ongelmallista on se, että lihavat lapset sitoutuvat usein huonosti liikuntaohjelmiin. Liikunnan lisäämisessä motivaatio on ensisijaista. Lihavilta lapsilta voi puuttua luottamus omaan liikuntakykyyn, ja liikunta muiden läsnä ollessa voi tuntua vastenmieliseltä. Liikuntaohjauksessa on tavoitteena vahvistaa itseluottamusta ja ottaa yksilöllisesti huomioon jokaisen kyvyt niin, että lapset voivat onnistua liikunnassa. Liikunnan pitää olla myös hauskaa ja nautinnollista. (Nuutinen 1995, 1265.)

Lasten monipuolinen arkiliikunta ja spontaanit leikit, joihin on liittynyt liikkuminen, ovat vähentyneet. Organisoituneet harjoitukset, jotka usein kyllä sisältävät liikuntaa, ovat tulleet niiden tilalle. Lisääntynyt harrasteliikunta ei kuitenkaan riitä korvaamaan arkiaktiivisuuteen liittyvää energiankulutuksen vähentymistä. (Fogelholm 2005a, 86; Janson & Danielsson 2005, 80 - 82; Rissanen 1998, 16.) Lisäksi tutkimukset viittaavat siihen, että osa lapsista on erittäin aktiivisia ja toiset hyvin passiivisia (Vuori 2003, 46). Fogelholm (2005b, 160 - 165) on tarkastellut lasten liikuntaan liittyviä tutkimuksia ja toteaaakin yhteenvetona, että Suomessa noin joka viidennen 13 -18-vuotiaan olevan fyysisesti täysin passiivisen. Terveytensä kannalta riittävästi hänen mukaansa liikkuu hieman alle puolet nuorista, tosin osuus vaihtelee riippuen selviytyksestä. Passivoitavista harrastuksista television katselu yleistyi 1990-luvulla, mutta 2000-luvun alussa muutos näyttää pysähtyneen. Toisaalta lapset viettävät paljon aikaa tietokoneiden ääressä. Liikunnan määrä vähenee huomattavasti lapsen ylittäessä 12 vuoden iän, suurin muutos tapahtuu murrosiässä noin 12-15vuotiaana. Pitkäai-

kaissairauksien ehkäisyn kannalta on kriittisintä saada lapsi jatkamaan liikuntaa etenkin läpi murrosiän.

Myönteiset ja monipuoliset oppimiskokemukset liikunnasta luovat lapsuudessa parhaat edellytykset sisäisen liikuntamotivaation heräämiselle ja liikunnan kehittymiseksi elinikäiseksi harrastukseksi. Jos kokemukset ovat yksipuolisia ja negatiivisia seurauksena todennäköisesti on innostuksen katoaminen liikuntaan pian kouluiän jälkeen. Varmimmin liikunnan on tutkimuksissa todettu jatkuvan silloin, kun henkilö liikkuu omatoimisesti ja yksin koti- tai lähiympäristössään, harrastuneisuutta tuetaan ja liikunta on kuormittavuudeltaan kohtalaista. (Fogelholm 2005b, 167 - 168; Vuolle 2000, 38; Vuori 2003, 94; Vuori 2002, 68 - 69.)

Väestön liikuntaan motivoinnissa olisi erityisesti kiinnitettävä huomiota päivittäisiin toimiin liittyvän hyötyliikunnan ja ulkoilun edistämiseen kuten koulumatkoihin. Tällainen liikuntaa lisää erityisesti sellaisten väestöryhmien liikuntaa, jotka eivät halua tai voi harrastaa liikuntaa erillisenä toimintana. (Aromaa, Koskinen & Huttunen 1997, 41.) Myös lisäämällä lasten vanhemmiltaan saamaa tukea sekä edistämällä vanhempien arkipäiväistä aktiivisuutta voidaan vaikuttaa lasten liikunnallisuuteen. Lasten liikunnan edistämisessä nousevat Fogelholmin (2005b, 165 - 166) mukaan tärkeimmiksi kohderyhmiksi lihavat, tytöt, murrosikäiset sekä alakoulussa heikoimmin menestyvät lapset, jotka eivät fyysisesti ole aktiivisia. Tutkimuksissa on todettu saatavan lihaviin lasten painoa kuriin lisäämällä ohjattua liikuntaa sekä pyrkimällä passiivisen ajan vähentämiseen. Passiivisen ajan vähentäminen on joissain tapauksissa osoittautunut pysyvämmäksi keinoksi. Haastetta ei Fogelholmin (2005b, 165 - 166) mielestä kuitenkaan voida ratkaista vain urheilumahdollisuuksien edistämällä, vaan on keksittävä jotain uutta ja innovatiivista lapsille, joita koulujen liikuntatunnit tai urheiluseuratoiminta ei kiinnosta.

Fyysisen aktiivisuuden perussuositus kouluikäisille on, että kaikkien 7–18-vuotiaiden tulee liikkua vähintään 1–2 tuntia päivässä monipuolisesti ja ikään sopivalla tavalla. Yli kahden tunnin pituisia istumisjaksoja tulee välttää ja ”ruutuaikaa” viihdemedian ääressä saa olla korkeintaan kaksi tuntia päivässä. (Opetusministeriö & Nuori Suomi 2008, 6.; Taulukko 5.) Lasten liikunnan tulisi suositusten mukaan olla riittävän run-

sasta ja monipuolista, leikkimielistä ja kuormitukseltaan vaihtelevaa. Lisäksi sen tulisi monipuolisesti kehittää lapsen motorisia taitoja. Lapsen olisi myös hyvä tottua pitkäkestoisempaan liikuntaan, kuten kävelyyn tai pyöräilyyn vähintään 10 - 15 mielellään 15 – 30 minuuttia päivässä. Päivittäinen liikunta voi jakautua useampiin jaksoihin päivän aikana. Se voi koostua koulumatka- ja välituntiliikunnasta, omaehtoisesta liikunnasta, harrastuksista, perheen kanssa vietetystä ajasta, leikeistä ja muusta aktiivisesta tekemisestä. (Fogelholm 2005b, 169; Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005, 42.) Jo vähimmäismäärä fyysistä aktiivisuutta, joka voi toteutua osana päivittäisiä toimintoja tuottaa terveyshyötyjä. Omaksumalla fyysisesti aktiivisen arkielämän lapsi toteuttaa huomaamattaan päivittäistä liikuntasuositustaan. (Vuori 2002, 15.)

Taulukko 5. Fyysisen aktiivisuuden perussuositus kouluikäisille
(Opetusministeriö & Nuori Suomi 2008, 6).

Fyysisen aktiivisuuden perussuositus kouluikäisille:

- Kaikkien 7–18-vuotiaiden tulee liikkua vähintään 1–2 tuntia päivässä monipuolisesti ja ikään sopivalla tavalla
- Yli kahden tunnin pituisia istumisjaksoja tulee välttää
- Ruutuaikaa viihdemedian ääressä saa olla korkeintaan kaksi tuntia päivässä

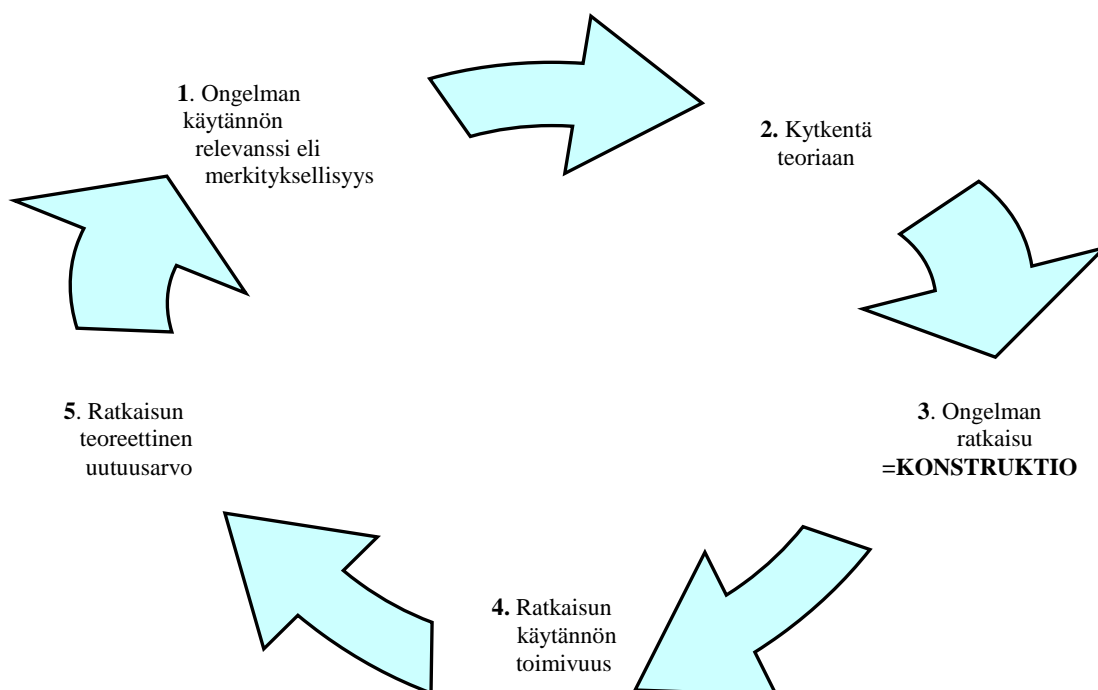
3 KONSTRUKTIVISTINEN TUTKIMUSOTE KEHITTÄMISTEHTÄVÄN TUkena

Kehittämismenetelmäksi tähän kehittämistehtävään valitsin konstruktivistisen tutkimusmenetelmän, koska kehittämistehtävän lähtökohtana on käytännön ongelman ratkaisu luomalla uusi konstruktio soveltamalla teoriaa käytäntöön. Konstruktivistiseen tutkimukseen kuuluvat muun muassa ongelman sitominen aiempaan tietämykseen,

ratkaisun uutuus ja konstruktion toimivuuden testaaminen. (Kasanen, Lukka & Siitonen 1991, 305.)

Konstruktiiviselle tutkimusotteelle on ominaista kehittämistyön eteneminen askel askeleelta. Tämä prosessi on helppo hahmottaa ja se luo selkeän struktuurin myös tämän kehittämistehtävän pohjaksi. Prosessin alkuvaiheessa etsitään relevantti, tutkimuksellisesti mielenkiintoinen käytännön ongelma. Seuraavassa vaiheessa hankitaan esiymmärrystä kehittämiskohteesta, jonka jälkeen vuorossa on innovaatiovaihe eli ratkaisumallin konstruointi. Ratkaisumallin toimivuutta tulee sen jälkeen testata eli pyritään konstruktion oikeellisuuden osoittamiseen. Konstruktivistisesta tutkimusotteesta käytettäessä on oleellista pyrkiä osoittamaan ratkaisun uutuusarvo sekä kytökset teoriaan. Myös mahdollista soveltamisaluetta tulee pohtia. (Kasanen ym. 1991, 306; Jämsä & Manninen 2000, 85.) Konstruktivistisen kehittämisotteen prosessin vaiheet olen kuvannut kuviossa 3 (Kuvio 3).

Konstruktivistinen tutkimusote muistuttaa paljon tuotekehitysprosessia. Koska konstruktio prosessi perustuu uusiin ideoihin ja innovaatioihin, prosessi ja lopputulos eli konstruktio on syytä arvioida. Arvioinnissa tulee ottaa huomioon muun muassa konstruktion toimivuus. Toimiva konstruktio on relevantti, yksinkertainen ja helppokäyttöinen. (Kasanen ym. 1991, 321.)



Kuvio 3. Konstruktivistisen kehittämisotteen prosessin vaiheiden kuvaus (mukaellen Kasanen ym. 1991, 306)

Tämän kehittämistehtävän metodina oltaisi voitu käyttää myös esimerkiksi toimintatutkimusta, koska tavoitteena on kehittää käytännön työtä. Toimintatutkimuksessa kehittäminen on jatkuva prosessi, joka ei pääty pysyvään toimintatapaan vaan sitä voidaan kehittää havaintojen lisääntyessä. Tarkoituksena on käytännön työn kehittäminen yhdessä tutkijan ja toimijoiden kanssa. Ajatuksena on, että kehittäminen on osallistuvaa suunnittelua, jossa kehittämisprosessi etenee tutkijan ja niiden kanssa, joita asia koskee. Toimintatutkimuksessa kriittisellä reflektiivisyydellä on keskeinen merkitys. Tutkimukseen osallistujat valottavat kokemuksiaan ja näiden tarkoituksena on johtaa kokemusten uudelleen ja syvempään ymmärtämiseen. (Kuula 2000, 10 - 12; Anttila 2005, 439 - 449.)

Valitsin kehittämistehtävän metodiksi konstruktivistisen tutkimusotteen, koska se on mielestäni toimintatutkimusta selkeämpi, siinä edetään prosessimaisesti askel askeleelta kohti päämäärää eli uutta konstruktiota. Tällainen kehittämistapa sopi mielestäni omaan työskentelytyyliini parhaiten, koska siinä on selkeä struktuuri alkuineen ja loppuineen. Vaikeutta toimintatutkimuksen toteuttamisessa olisi tuonut myös riit-

tävän yhteisen kehittämisajan löytäminen asiaa koskevien kesken. Toisaalta lopputulos olisi saattanut silloin olla toisenlainen ja jopa parempi, koska kaikki ohjausmalliin osallistuvat ammattihenkilöt olisivat tuoneet jo suunnitteluvaiheessa mukaan oman asiantuntijuutensa. Nyt konstruktio suunniteltiin pelkän teoreettisen ja kokemusperäisen näyttöön perustuvan tiedon avulla, poimien helmet eli hyvät käytännöt muiden aikaisemmin vastaavaa kehittämistyötä tehneiden tuotoksista. Ohjausmallin kehittämisen on kuitenkin tarkoitus jatkaa ja silloin on mielestäni syytä edetä toimintatutkimuksen periaatteiden mukaan, jotta kaikkien toimijoiden mielipiteet, kokemukset ja kehittämis ehdotukset tulevat riittävästi huomioituksi.

4 KEHITTÄMISTEHTÄVÄN KONSTRUKTIOPROSESSIN VAIHEET

Kehittämistehtävä eteni konstruktivistisen kehittämisotteen prosessin mukaan. Kehittämisprosessin eli opinnäytetyön vaiheet on esitelty taulukossa 6 (Taulukko 6).

Taulukko 6. Kehittämistehtävän konstruktio prosessin vaiheet

Ajankohta	Vaihe
Syksy 2005	Aiheen valinta
Syksy 2005 – syksy 2007	Perehtyminen aihetta koskeviin teorioihin, tutkimuksiin, projekteihin ja hankkeisiin
2.11.2007	Opinnäytetyön aiheseminaari
17.12.2007	Opinnäytetyön sopimuksen laatiminen
22.1.2008	Tutkimuslupahakemus
Syksy 2007 – kevät 2008	Toimintamallin suunnittelu
8.3.2008	Opinnäytetyön kehittämiseminaari
1.4. – 31. 5. 08	Toimintamallin testaaminen käytännössä
Kesä 2008	Toimintamallin arviointi
Syksy 2008 – kevät 2009	Opinnäytetyön raportin laatiminen
23.4.2009	Opinnäytetyön raportointiseminaari
8.5.2009	Kypsyysnäyte

4.1 Ongelman käytännön relevanssi eli kehittämistehtävän tarkoitus, tavoite ja lähtökohdat

Tämän kehittämistehtävän **tarkoituksena** oli kouluterveydenhoitajan työn kehittäminen. Työn kehittäminen tapahtui uuden konstruktion, konkreettisen työkalun, ylipainoisten lasten elintapaohjausmallin suunnittelun, testauksen ja arvioinnin avulla.

Kehittämistehtävän **tavoitteena** oli:

1. Ylipainoisten lasten uuden elintapaohjausmallin suunnittelu ja muotoilu
2. Uuden elintapaohjausmallin testaaminen, kokeilu käytännössä
3. Uuden elintapaohjausmallin toteuttamisprosessin arviointi

Viime vuosikymmeninä Suomessa on totuttu ajattelemaan, että lasten terveydentila paranee jatkuvasti. Rokotuksilla onkin hävitetty suuri osa lapsuusajan vaikeista sairauksista. Lasten ja nuorten kuolleisuusluvut ovat laskeneet. Monien sairauksien, kuten lapsuusiän syöpien ja astman hoitokeinot ja -tulokset ovat myös merkittävästi parantuneet. Ylipainoisuus on kuitenkin kasvava kansanterveysongelma lapsillakin. Lihavuuteen liittyvät sairaudet kuormittavat terveydenhuoltoa ja vievät merkittävän osan terveydenhoitomenoista. On kuitenkin olemassa tutkimusnäyttöä siitä, että kansantauteihin sairastumista voidaan vähentää tuntuvasti parantamalla elintapoja ja hoitamalla sairauksia mahdollisimman aikaisin. Liikuntatottumuksiin, ruokavalioon ja nautintoaineiden käyttöön on pyrittävä vaikuttamaan jo lapsuudessa ja nuoruudessa, koska silloin kehittyvät tottumukset, jotka säilyvät yleensä läpi elämän. (Oikarinen 2006, 20 – 21.)

Lasten ja nuorten hyvinvoinnin edistäminen onkin viime vuosina nostettu kansainvälisten ja kansallisten terveystoimien linjausten ja ohjelmien tärkeimmiksi tavoitteiksi. WHO (2005) on laatinut maailmanlaajuisen strategian, jonka tavoitteena on lisätä yleistä tietoisuutta ja ymmärrystä ravinnon ja liikunnan vaikutuksista terveyteen sekä ehkäisevien toimien myönteisistä vaikutuksista, lihomisen ehkäisy on nostettu keskeiseksi tavoitteeksi. Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelman 2004 - 2007 (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004b, 17 - 19) tavoitteissa on

myös huomioitu lasten hyvinvointiin vaikuttaminen. Suomen Terveys 2015-kansanterveysohjelman (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001, 22 - 23) yksi painopistealue on lasten terveyden edistäminen muun muassa kehittämällä yhteistyötä vanhempien kanssa. Lasten, nuorten ja perheiden hyvinvoinnin politiikkaohjelman (Valtioneuvosto 2007a) yhtenä tavoitteena on vahvistaa lasten terveellisiä elintapoja. Tärkeänä pidetään huomion kiinnittämistä lasten arkiseen terveystäytymiseen. Tavoitteena on muun muassa hyvinvoinnin lisääminen vanhemmuutta tukemalla ja arkisena huolenpitona lapsista ja nuorista.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma (KASTE) käynnistää toimenpiteitä, joiden tavoitteena on uudistaa toimintatapoja niin, että ne entistä vahvemmin edistäisivät muun muassa lasten hyvinvointia ja terveyttä. Keskeisinä keinoina tulee käyttää ennaltaehkäisyä ja varhaista puuttumista ongelmien ilmetessä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008b, 20 – 30.)

Myös ylipainoisten lasten hoidossa painopisteen tulee olla ehkäisyssä ja ongelmien varhaisessa tunnistamisessa (Valtioneuvosto 2007b, 7). Koska ylipainon ennaltaehkäisyn uskotaan vähentävän sairauksien ilmaantuvuutta ja hoidon tarvetta merkittävästi, on pitkällä tähtäimellä yksilön, palvelujärjestelmän ja sen rahoituksen sekä yhteiskunnan kestävyydelle välttämätöntä kehittää ennaltaehkäisyn keinoja. Ylipainon ja lihavuuden ennaltaehkäisy on myös helpompaa kuin sen hoito. Sen tavoitteena on estää ihmistä lihomasta tai ainakin hidastaa lihomista, jolloin vähennetään ylipainon ja lihavuuden haittoja. Ehkäisy on helpointa lapsuusiässä, jolloin elintapoja omaksutaan. Opittujen tottumusten muuttaminen ja lihavuuden hoito aikuisiässä on ennaltaehkäisyä vaikeampaa. Ennaltaehkäisy on myös huomattavasti halvempaa kuin lihavuudesta aiheutuneiden sairauksien hoito. (Heikkilä, Kautto & Teperi 2005, 64 - 82; Rajantie & Perheentupa 2005, 299 - 306; Rynänen, Myllykangas, Kinnunen, Isomäki & Takala 1999, 12.)

Vuonna 2005 julkaistiin Lasten lihavuuden – Käypä hoito suositus, joka on kehitetty systemaattisesti koottuun tutkimustietoon perustuen ja sen tarkoituksena on yhtenäistää ylipainosten lasten hoitokäytännöt Suomessa ja ehkäistä lihavuutta sekä parantaa lasten terveyttä (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2005). Luoteis-Satakunnan

kansanterveystyön kuntayhtymässä eli organisaatiossa, jossa kehittämistehtävä toteutettiin, ylipainoon puuttuminen ”vauvasta vaariin” on kirjattu muun muassa taloussuunnitelmaan (Luoteis-Satakunnan kansanterveystyön kuntayhtymä 2007, 8). Kuntayhtymässä on myös perustettu työryhmä, joka suunnittelee strategiaa ylipainoon puuttumiseen ja lastenneuvolaan (vuonna 2006) sekä kouluterveydenhuoltoon (vuonna 2007) on laadittu omat toimintaohjeet lasten ylipainoon puuttumiseen. Toimintaohjeen mukaan ylipainoinen lapsi, jonka pituuspainoprosentti on 20 – 40, käy terveydenhoitajan kontrollissa puolen vuoden välein. Alussa hän täyttää ravinto- ja elämäntapahaastattelulomakkeen yhdessä vanhempiensa kanssa. Jos pituuspainoprosentti on yli 40, konsultoidaan lääkäriä tarvittavista laboratoriokokeista ja mitataan verenpaine. Painokontrollit toteutetaan terveydenhoitajan vastaanotolla kahden kuukauden välein. Mikäli pituuspainoprosentti on yli 60, terveydenhoitaja tekee lähetteen laboratoriokokeille ja konsultoi lääkäriä, joka yleensä tavattuun lapsen vanhempien tekee lähetteen Satakunnan keskussairaalaan lasten poliklinikalle. Vanhempia yritetään saada mukaan kaikille ylipainoisten lasten kontrollikäynneille.

Opinnoissani terveyden edistämisen koulutusohjelmassa Satakunnan ammattikorkeakoulussa yhtenä tavoitteena on edistää sekä alueellisia että kansallisia innovaatioita tai tukea niiden kehittymistä. Terveyden edistämisen koulutusohjelman innovatiivisessa toiminnassa korostuvat parannetun tai uuden tuotteen tai palvelun ohella myös sosiaaliset innovaatiot. Sosiaalista innovatiivisuutta edistetään tukemalla opiskelijoiden luovuutta ja valmiutta ratkaista uusia tilanteita työelämässä, valmiutta kehittää tai uudistaa terveyden edistämisen toimintatapoja ja erilaisia sosiaalisia verkostoja tai näiden yhdistelmiä. (SAMK opetussuunnitelma 2008 - 2009, 3.)

Terveyden edistämisen koulutusohjelman tavoitteena on kouluttaa osaajia, joilla on terveyden edistämisen ammattiosaaminen, työelämän kehittämisosaaminen ja palvelujärjestelmän johtajuusosaaminen. Valmistuneilla tulee olla hyvät valmiudet edistää väestötason terveyttä, kehittää ja uudistaa terveyden edistämisen toimintaa sosiaali- ja terveystalouden organisaatioissa sekä alue- ja kansallisella tasolla. Ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyö on luonteeltaan työelämän kehittämistehtävä. Sen tavoitteena on, että opiskelija kehittää valmiuksiaan tunnistaa ja rajata työhönsä liittyviä kehittämiskohteita, löytää ja käyttää olemassa olevaa tietoa.

(SAMK opetussuunnitelma 2008 -2009, 3.) Tämän opinnäytetyön avulla olen kehittänyt terveyden edistämisen ammattiosaamistani sekä työelämän kehittämisosaamista innovoimalla uudenlaisen toimintamallin ylipainoisten lasten hoitoon.

4.2 Ylipainoisten lasten elintapaohjausmallin teoriaan kytketty suunnitteluvaihe

Vaikka Lasten lihavuus – Käypä hoito suositus on julkaistu jo 1.8.2005, on sen hyödyntäminen ollut riittämätöntä. Suositus on kehitetty systemaattisesti koottuun tutkimustietoon perustuen, joten sen hyödyntäminen ylipainoisten ja lihavien lasten elintapaohjauksessa olisi vähintäänkin suotavaa. Itselläni on käytännön työtä tehdessäni herännyt toive myös konkreettisemmasta työkalusta ylipainoisten ja lihavien lasten elintapaohjauksen tehostamiseksi. Tähän tarkoitukseen halusin suunnitella kouluterveydenhuoltoon ohjausmallin, jossa hyödynnetään jo olemassa oleva tieto aihealueesta, mutta tarjotaan myös ohjaustyötä tekeville kouluterveydenhoitajille valmis toimintamalli, minkä mukaan on helppo edetä tai jonka osa-alueista saisi mahdollisimman hyviä työkaluja ohjaustyön tehostamiseen. Näitä työkaluja ovat muun muassa ohjauksen apuna käytettävät erilaiset ohjausmateriaalit ja kyselylomakkeet.

Valmiin ohjausmallin tarkoituksena on helpottaa ja tehostaa käytännön hoitotyötä kuten ohjauksen suunnittelua, toteutusta ja arviointia. Ohjausmallilla tarkoitetaan suunnitelmallista tai järjestelmällistä toimintatapaa, työn tekemistä tietyllä tavalla, työn tai toiminnan organisointitapaa, työnjako- tai järjestämistapaa tai työn teoreettista mallia, minkä tarkoituksena on hyödyntää yhteisön voimavaroja. (Pietilä & Häggman – Laitila 2002, 35 – 50.) Tarkoituksena oli myös kouluterveydenhoitajan työn kehittäminen teoriaa hyödyntämällä, jotta kasvavaan lasten ylipaino- ja lihavuusongelmaan pystyttäisiin vastaamaan paremmin.

Kirjallisuuteen, tutkimuksiin ja muihin aihetta käsitteleviin lähteisiin perehtyminen

Ajatus lasten ylipainon elintapaohjauksen kehittämisestä heräsi oikeastaan jo ennen terveyden edistämisen koulutusohjelmaan hakeutumista, koska yksi syy koulutukseen hakeutumiseen oli juuri kokemus omasta kyvyttömyydestä vastata koululaisten terveysongelmiin. Oli tarve löytää uusia näkökulmia ja työkaluja lasten terveyden edistämiseen.

Ohjausmallin suunnittelun aloitin erilaisiin tietolähteisiin tutustumisella. Koska opinnäytetyön aihe valittiin jo syksyllä 2005 eli heti koulutuksen alussa, oli hyödyllistä laatia terveyden edistämisen koulutusohjelman kirjalliset opintotehtävät lasten ylipainoon tai lihavuuteen liittyen. Näin ollen pystyin syventämään tietämystäni aihealueesta hyvinkin erilaisista näkökulmista, kuten esimerkiksi lasten ylipaino-ongelma tulevaisuuden tutkimisen tai etiikan näkökulmista. Tiedonhaku, analysointi ja kritisointi olivat pitkälinen ja vaativa prosessi, mikä on kuitenkin kehittänyt opinnäytetyön tekijän erilaisia valmiuksia toimia esimerkiksi hoitotyön asiantuntijana tai käytännön hoitotyön kehittäjänä. Koska lasten ylipainon ja lihavuuden lisääntymisestä ollaan huolestuttu maailmanlaajuisesti ja kansallisestikin on materiaalia ja tietoa liittyen kyseessä olevaan aihealueeseen huomattavasti enemmän saatavilla tällä hetkellä kuin tiedonhakuprosessin alkuvaiheessa.

Tiedonhaussa käytettiin erilaisia tietolähteitä, kuten alan tieteellisiä julkaisuja, viitetietokantoja esimerkiksi Medic, Pubmed ja CINAHL sekä kirjastotietokantoja esimerkiksi Tyrni, Linda, Helka ja Kurre. Tietoa haettiin sekä suomeksi että englanniksi muun muassa käsitteillä tai käsittepareilla kuten lasten lihavuus, lasten ylipaino, lasten painonhallintaohjaus, lasten ravitsemusohjaus, elintapaohjaus, kouluterveydenhuolto, hoitotyön kehittäminen, konstruktivistinen tutkimus, children's overweight, childhood obesity ja prevention of obesity. Tiedonhakuprosessin pääasialliset tulokset on esitelty tässä opinnäytetyön kirjallisessa raportissa alkuosan teoriaosuudessa muun muassa avaamalla käsitteitä lasten ylipaino ja lihavuus ja elintapaohjaus sekä kuvailemalla konstruktivistisen tutkimusotteen prosessin vaiheita.

Ohjausmallin rakenteen ja sisällön suunnittelu

Ylipainoisten lasten elintapaohjausmallin rakenne esitellään taulukossa 7 (Taulukko 7). Tarkempi testatun elintapaohjausmallin rakenne aikatauluineen ja sisältöineen esitellään myöhemmin taulukossa 8 (Taulukko 8). Rakenne suunniteltiin teorian perusteella ja muiden vastaavaa kehittämistyötä tehneiden kokemusten pohjalta. Suunnittelussa ylipainosten ja lihavien lasten ja heidän vanhempiansa elintapaohjausmallissa on sekä yksilö- että ryhmäohjauskertoja ja kaikilla kerroilla on jokin rakenne. Tärkeimpinä lähteinä rakenteen ja sisällön suunnittelussa olivat Lasten lihavuus – Käypä hoito suositus sekä Mahtavat Muksut – lasten painonhallintaohjaustutkimus.

Taulukko 7. Ylipainoisten lasten elintapaohjausmallin rakenne

Toimintaympäristö	Noormarkku
	Finpyyn koulu, kouluterveydenhuolto
Kohderyhmä	Finpyyn koulun 1.-3.lk
	-> ylipainoiset ja lihavat lapset, pp% >20
Ohjaajat	Ylipainosten ja lihavien lasten huoltaja/-t tai vanhempi/vanhemmat
	Kouluterveydenhoitaja
	Ravitsemusasiantuntijana Satakunnan Sydämpiirin terveydenhoitaja
	Fysioterapeutti
	Psykologi
	Psykiatrinen sairaanhoitaja
	Varhainen puuttuminen
	Perhekeskeisyys

Toimintamallia ohjaavat Periaatteet ja menetelmät	Vanhemmuuden tukeminen
	Voimavarojen vahvistaminen
	Ratkaisukeskeisyys
	Moniammatillisuus
	Yksilöohjaus
	Ryhmäohjaus
	Motivoiva keskustelu
	Elintapaohjaus: <ul style="list-style-type: none"> • liikuntaohjaus • ravitsemusohjaus

Ohjausmateriaalin valinta ja lomakkeiden kehittäminen

Ohjauksessa on syytä käyttää oheismateriaalia apuna, koska on todettu, että ohjattava muistaa 75 % siitä, mitä hän näkee ja vain 10 % siitä, mitä hän kuulee. Sen sijaan hän muistaa 90 % siitä, mitä hänen kanssaan on käyty läpi sekä näkö- että kuuloaistia käyttämällä. Toisaalta esimerkiksi kirjallista materiaalia ei tulisi antaa vain sen vuoksi, että sitä on saatavilla, vaan materiaalin tulisi tukea ohjauskeskustelussa käsiteltyjä asioita. (Kynäs ym.2007, 73.)

Tutustuttuani lasten ylipainoa ja lihavuutta käsitteleviin lähteisiin löysin erittäin laadukasta valmista ohjausmateriaalia, jota pystyin hyvin hyödyntämään ohjausmallin tapaamisilla. Muun muassa potilasjärjestöjen kuten Diabetesliiton ja Suomen Sydänliiton Internet- sivuilla on hyviä testejä ja kuvamateriaalia. Ravitsemus- ja liikuntaohjaukseen löytyi myös laadukkaita painettuja esitteitä ja lehtisiä sekä muuta informatiivista materiaalia, joka oli suunniteltu lapsia varten. Tällaista materiaalia on tuottanut esimerkiksi Kotimaiset kasvikset ry. Internetissä on myös tulostettavissa olevia tehtäviä lapsille avuksi lisäämään mielenkiintoa ja kertaamaan jo ohjauksessa käytyjä asioita esimerkiksi kotona vanhempien kanssa. Ohjausmallissa käytetyt kirjalliset materiaalit taltioitiin jokaisen ohjaukseen osallistuneen lapsen omaan kansioon, jotta

jaettu materiaali olisi tallessa pidempäänkin ja siihen voitaisiin esimerkiksi kotona vanhempien kanssa palata tarvittaessa uudelleen.

Herättääkseni lasten ja vanhempien mielenkiinnon osallistumiseen ohjausmalliin laadin värikkään kutsun kotiin lähetettäväksi (LIITE 2). Myös ohjausmallin esittelylehtinen (LIITE 3) oli värikäs ja harkiten suunniteltu. Kiinnostusta herättämään keksin ohjausmallille nimen ”Virkeät vekarat – aurinkoiset aikuiset” (LIITE 3). Nimen alkusosan oli tarkoitus herättää ajatus siitä, että lapsen muuttaessaan elintapojaan terveelliseen suuntaan myös vireystaso nousisi ja lapsi olisi virkeämpi. Nimen loppuosalla taas oli tarkoitus viitata siihen, että virkeästä vekarasta kasvaa todennäköisemmin myös terve eli aurinkoinen aikuinen. Toisaalta nimen loppuosalla oli tarkoitus herättää myös vanhempien mielenkiinto omia elintapojaan kohtaan eli ajatuksena oli koko perheen elintapojen muuttaminen terveelliseen suuntaan ja sitä kautta koko perheen hyvinvoinnin lisääntyminen.

Jotta elintapaohjauksessa voitaisiin mahdollisimman hyvin vastata ohjattavan tarpeisiin, on välttämätöntä heti ohjaussuhteen aluksi selvittää ohjattavan lähtökohdat. Ohjaajan tehtävänä on tunnistaa ja arvioida ohjattavan ohjaustarpeita näiden lähtötietojen perusteella yhdessä ohjattavan kanssa. Jos ohjattavan taustatekijöitä ja lähtökohdista ei huomioida, samassa tilanteessa olevia asiakkaita ohjataan helposti samalla tavalla ja samoilla ohjausmenetelmillä. Tällöin ohjaus ei perustu asiakaslähtöisyyteen ja yksilöllisyyteen. Ohjattavan ohjaustarpeita voidaan selvittää esimerkiksi kyselylomakkeiden avulla. (Kyngäs ym. 2007, 26 – 28.)

Kartoittaakseni suunnittelemaani ylipainoisten lasten elintapaohjausmalliin vapaaehtoisesti osallistuvien lasten nykyisiä elintapoja suunnittelin lapsen ”Elämäntavat”-kyselylomakkeen (LIITE 4). Tämä kyselylomake on kehitelty Satakunnan sairaanhoitopiirin ”Lasten painonhallinta hoito-ohjelmassa” käytettävän ”Elämäntapakartoiutus”-lomakkeen pohjalta. Merkittävimmät muutokset verrattuna tähän lomakkeeseen ovat lähinnä ulkoasulliset. Halusin lisätä lomakkeeseen erilaisia aihealueeseen liittyviä värillisiä kuvia parantaakseni lasten ja vanhempien mielenkiintoa lomakkeen täyttämiseen. Myös joitain pieniä sisällöllisiä ja muodollisia muutoksia tehtiin.

Kehittääkseni ohjausmallia edelleen suunnittelin arviointia varten tarvittavat lomakkeet. Ensimmäinen arvioinnin kohde oli vanhemmille suunnattu ”Koululaisen ravitsemus” – luento. Luennon jälkeen vanhemmat täyttivät arviointilomakkeen, jossa arvioitiin muun muassa luennon aiheen ajankohtaisuutta ja luennon toteutusta. Elintapaohjausmallin loputtua vanhemmille lähetettiin vielä toinenkin arviointikysely. Lomakkeen avulla kartoitettiin muun muassa lapsen ja perheen elintapoja ohjauksen loputtua, kokemuksia elintapaohjaukseen osallistumisesta sekä vanhempien kehittämishdotuksia. Lomake laadittiin hyödyntäen erilaisia vastaavia arviointilomakkeita. Lomakkeen elämäntavat osiossa kysymysten mallina käytettiin Korpimäen (2006) laatimaa kyselylomaketta, jota hän käytti ”Mahtavat muksut – lasten painonhallinta-ohjaustutkimuksen” aineistoa tutkiessaan ja selvittäessään vanhempien kokemuksia osallistumisestaan kyseessä olevaan tutkimukseen.

Toimintamallin lopuksi jokainen lapsi sai suunnittelemani omalla valokuvallaan (otettiin välipalanvalmistuskerralla) varustetun kunniakirjan muistoksi elintapaohjaukseen osallistumisesta. Tämän laaditun kunniakirjan tarkoituksena oli muistuttaa konkreettisella tavalla ohjausmallin läpikäymisestä ja mahdollisesti toimia keinona palauttaa mieleen ohjausmallissa käsiteltyjä elintapoihin liittyviä asioita.

4.3 Konstruktion eli ohjausmallin käytännön toimivuuden testaaminen

Konstruktiosprosessin tärkeimpiä vaiheita on se, kun käytännön ongelmaan on aikaisemman jo olemassa olevan tiedon pohjalta kehitelty ratkaisumalli ja sen toimivuutta testataan käytännössä. Tämän vaiheen avulla pyritään konstruktion oikeellisuuden osoittamiseen. (Kasanen ym. 1991, 306; Jämsä & Manninen 2000, 85.) Tämän konstruktiosprosessin aikana kehitetty, testattu ja arvioitu elintapaohjausmalli esitellään taulukossa 8 (Taulukko 8).

Taulukko 8: Ylipainoisten lasten elintapaohjausmallin rakenne

KÄYNTI	OHJATTAVA	OHJAAJA	AJANKOHTA	PAIKKA
Normaali kasvukontrolli	1.-3. lk:n ylipainoinen tai lihava oppilas	Kouluterveydenhoitaja Mirja Isoviita	huhtikuu 2008	Finpyyn koulu- keskus,koulu- terveydenhuolto
”Starttikäynti” -yksilötapaaminen	Lapsi + vanhemmat/ vanhempi	Kouluterveyden- hoitaja Mirja Isoviita	vko 15-17, aika sovittiin	Finpyyn koulu- keskus,koulu- terveydenhuolto
”Maailman tärkeimmälle sydämelle”- koululaisen ravitsemusluento	vanhemmat/ vanhempi	Sydänliiton terveydenhoitaja Kyllicki Naskali	Ma 21.4.2008 Luento klo 18.00	Finpyyn koulu- keskus, ruokala
Suola-sokeri-rasva-näyttely Kouluateria-näyttely	vanhemmat/ vanhempi	Sydänliitto Koulun keittäjät	Luennon yhteydessä: alk. klo 17.30-	Finpyyn koulu- keskus, ruokala
”Välipalalla on väliä!” -Välipalan valmistusta ryhmässä	Lapset yhdessä	Th Mirja Isoviita	To 24.4.2008 klo 14.15-15.15	Finpyyn koulu- keskus,koulu- terveydenhuolto
Tukikäynti -yksilötapaaminen	Lapsi yksin tai vanhempien/ vanhemman kanssa	Th Mirja Isoviita	vko 18, aika sovittiin	Finpyyn koulu- keskus,koulu- terveydenhuolto
Perheliikuntaa -ryhmätapaaminen	Lapset + vanhemmat yhdessä	Fysioterapeutti Tuula Myllykoski	Ma 5.5.2008 Klo 18.00	Finpyyn koulun piha

”Psykologista tukea elämänmuutokseen” -ryhmätapaaminen	Vanhemmat yhdessä	Koulupsykologi Tiina Mykrä	Ke 21.5.2008 Klo17.30-18.30	Finpyyn koulu- keskus,koulu- terveydenhuolto
	Lapset yhdessä	Sairaanhoitaja Riina-Maija Säikkö		
Yhteenvetokäynti -yksilötapaaminen	Lapsi+ vanhemmat/ vanhempi	Th Mirja Isoviita	vko 22 aika sovittiin	Finpyyn koulu- keskus,koulu- terveydenhuolto

Toimintamallin toteutusaika, toimintaympäristö, kohderyhmä ja ohjaajat

Tässä kehittämistehtävässä suunniteltua lasten elintapaohjausmallia eli uutta konstruktiota kokeiltiin käytännössä ajalla 1.4. – 31.5.2009 eli kahden kuukauden aikana. Toimintaympäristönä oli Noormarkun kouluterveydenhuolto ja kohderyhmänä Finpyyn koulun (nykyään Noormarkun yhtenäiskoulu) 1. – 3. lk:n ylipainoiset tai lihavat oppilaat vanhempineen. Toimintamallissa toimivat ohjaajina kouluterveydenhoitaja Mirja Isoviita, Satakunnan sydänpiirin terveydenhoitaja Kyllikki Naskali, fysioterapeutti Tuula Myllykoski, psykiatrinen sairaanhoitaja Riina-Maija Säikkö sekä psykologi Tiina Mykrä.

Toimintamalliin rekrytointi ja ensimmäinen yksilöohjauskerta lapselle yksin kouluterveydenhoitajan ohjaamana

Toimintamalliin osallistujat rekrytoitiin niiden 1. - 3. lk:n oppilaiden joukosta, joiden pituuspaino % oli Effica – tietokannan mukaan edellisessä mittauksessa ollut yli 20 %. Kouluterveydenhoitaja etsi nämä oppilaat tietokannasta maaliskuussa 2008. Kohdejoukoksi valittiin 1. – 3. lk:n oppilaat, koska haluttiin mahdollisimman varhain, heti koulutaipaleen ensiluokilla, puuttua lapsen ylipainoon ja lihavuuteen. Mukaan valittiin oppilaat vain 3. lk:lle asti, koska näin lasten ryhmäohjauskerrat oli helpompi suunnitella ja ohjata lasten ollessa mahdollisimman saman ikäisiä. Mahdollisia osallistujia löytyi 15, joista ylipainoisia lapsia oli 10 ja lihavia 5. Oppilaiden lukumäärät ja jakaumat esitellään taulukossa 9 (Taulukko 9).

Taulukko 9. Ylipainoisten ja lihavien lasten lukumäärät Finpyyn koulun 1.- 3. lk:lla
4.3.2008

	<p> pitäuspaino % 20-40% = ylipainoiset oppilaat </p>	<p> pitäuspaino % yli 40% = lihavat oppilaat </p>
1.lk (29 opp.)	ei yhtään oppilasta	2 oppilasta
2.lk (30 opp.)	5 oppilasta	2 oppilasta
3.lk (30 opp.)	5 oppilasta	1 oppilas
Yhteensä	10 oppilasta	5 oppilasta

Nämä kaikki lapset kutsuttiin kouluterveydenhoitajan vastaanotolle normaalin käytännön mukaiseen kasvukontrolliin. Poikkeuksena normaaliin kasvun seurantaan, lapsen pituuden ja painon lisäksi mitattiin hänen vyötärön ympärysmittansa, jonka tulisi olla alle puolet hänen pituudestaan. Käyntiin varattiin aikaa ½ tuntia. Jokaiselle lapselle annettiin elintapaohjausta ravinnosta, liikunnasta ja nukkumisesta. Lapset saivat mukaansa Kotimaiset kasvikset ry:n ”Syökää porkkanaa” -lehtisen, jossa käsitellään samoja aihealueita kuin annetussa ohjauksessa ja lisäksi on pieniä tehtäviä lapselle ja vanhemmille.

Mikäli lapsen pitäuspaino % oli tälläkin mittauskerralla yli 20 %, annettiin hänelle kotiin vietäväksi omat kasvukäyränsä, joihin merkittiin punaisiin viivoin normaali-painon ala- ja yläraja, jotta käyrien tulkinta olisi vanhemmille mahdollisimman helppoa. Ylipainoisen tai lihavien lapsen kasvukäyrien näyttämistä ja tarkastelua yhdessä vanhempien kanssa ovat suositelleet muun muassa SatKs:n lastentautien ylilääkäri Esa Niemi (Niemi 2008) sekä Lasten lihavuus – Käypä hoito suositus. Lisäksi lapsen mukaan kotiin vietäväksi annettiin yhteenveto tarkastuksesta (LIITE 2) jossa esitettiin kutsu lasten elintapaohjausmalliin osallistumiseen. Liitteeksi laitettiin vielä

ohjausmallin esite, jossa tulevat käynnit esiteltiin aikatauluineen ja ohjaajineen (LIITE 3) sekä lapsille laadittu ”Elämäntavat” - kyselylomake (LIITE 4).

Ohjausmalliin osallistujat ja toinen yksilöohjauskerta eli ”Starttikäynti” lapselle ja vanhemmalle yhdessä kouluterveydenhoitajan ohjaamana

Mikäli vanhemmat olivat halukkaita osallistumaan lapsensa kanssa elintapaohjausmalliin, niin he ottivat yhteyttä kouluterveydenhoitajaan ja sovittiin uusi tapaamisaika kouluterveydenhoitajan vastaanotolle. Tähän tapaamiseen osallistuivat kouluterveydenhoitaja, lapsi ja vanhempi tai vanhemmat. Kolmen lapsen vanhemmat ottivat yhteyttä ja ilmaisivat halukkuutensa osallistua elintapaohjausmalliin. Osallistujista kaksi oli poikaa ja yksi tyttö. Yhden lapsen kanssa toimintamalliin osallistui isä ja kahden lapsen kanssa äiti.

Seuraava tapaaminen, joka kesti 1 – 1½ tuntia, sovittiin mahdollisimman pian edellisestä lapsen ja kouluterveydenhoitajan tapaamisesta. Tähän tapaamiskertaan osallistui kaksi lasta vanhempansa kanssa, yhden lapsen äidin kanssa tapaaminen ei järjestynyt, mutta hänen kanssaan järjestettiin ohjauskeskustelu vanhemmille suunnatun ryhmätapaamisen, ravitsemusaiheisen luennon jälkeen. Tällä toisella ohjauskerralla käytiin läpi vanhempien täyttämä lapsen ”Elämäntavat” – lomake (LIITE 4).

Aluksi selvitettiin, että elintapaohjausmallin tavoitteena on käyttäytymisen muutos. Se, että lapsi oppisi esimerkiksi säännöllisen ateriarhythmin ja liikkumaan luontevasti kuten leikkimään pihaleikkejä ja kävelemään kouluun. Lisäksi korostettiin sitä, että tavoitteena ei ole painon lasku vaan se, ettei se nousisi. Hoidossa ensitapaamisilla keskityttiin perheen tarpeen ja tilanteen arviointiin. Jokaiselle lapselle ja vanhemmalle annettiin myös mahdollisuus asettaa itse mahdollisimman konkreettinen tavoite elintapamuutoksille. Yhden lapsen kohdalla se oli kaakaon juonnin rajoittaminen useasta mukillisesta päivässä vain yhteen mukilliseen, toisella päivittäisen liikunnan lisääminen esimerkiksi koulumatkat pyöräillen, kun aikaisemmin ne oli kuljettu autolla ja yhden lapsen tavoitteena oli aamupalan syöminen joka päivä, kun aikaisemmin hän ei ollut syönyt sitä koskaan.

Ohjauksessa pyrittiin noudattamaan toimintamallia ohjaavia periaatteita ja menetelmiä muun muassa perhekeskeisyyttä, vanhemmuuden tukemista, voimavarojen vahvistamista, ratkaisukeskeisyyttä ja motivoivaa keskustelua. Tämän tapaamisen yhteydessä käytiin vielä vanhemmankin läsnä ollessa läpi lapsen ravitsemus- ja liikuntasuosituksen keskeinen sisältö ja ydinasiat kuten esimerkiksi ”lautasmalli”, ateriaritmi, päivärytmi, koulumatkaliikunta, hyötyliikunta ja perheen yhteinen ajanvietto. Mikäli vanhempi tai lapsi toi esiin muita asioita tai ongelmia, joista hän halusi enemmän keskustella, keskusteltiin tietenkin myös niistä. Tällä ohjauskerralla mitattiin myös lapsen verenpaine, joka ei kuitenkaan kenelläkään ohjausmalliin osallistuneella lapsella ollut koholla.

Tämän ohjauskerran lopuksi lapsi sai mukaansa oman nimellään ja tarroilla koristellun kansion, johon kouluterveydenhoitaja oli kerännyt ohjausmateriaalia koskien tällä ohjauskerralla käytyjä asioita ja muuta aiheeseen liittyvää.

Ensimmäinen ryhmäohjauskerta vanhemmille: ”Koululaisen ravitsemus” luento, rasva – suola-sokeri- sekä kouluaterianäyttely

Ensimmäinen ryhmäohjauskerta vanhemmille oli Sydänviikolla 21.4.2008 toteutettu ”Koululaisen ravitsemus” – luento. Ohjauskerran järjesti kouluterveydenhoitaja ja ohjauskerralla luennoi Satakunnan Sydänpiirin terveydenhoitaja Kyllikki Naskali. Luennolle sai henkilökohtaisen kutsun (LIITE 5) kaikki Noormarkun alakoulujen oppilaiden vanhemmat. Luennon nimenä oli Sydänliiton ja Sydänviikon teemaan sopien ”Maailman tärkeimmälle sydämelle – koululaisen ravitsemus”. Nimen tarkoituksena oli herättää vanhemmissa ajatuksia lapsen ravitsemuksen ja terveyden edistämisen tärkeydestä. Luento järjestettiin Finpyyn koulun ruokalassa ja samassa tilassa oli esillä Kyllikki Naskalin esittelemä rasva - suola – sokerinäyttely ja koulun keittiöhenkilökunnan esittelemät kaksi lautasmallia kouluruokailusta. Tähän ohjauskertaan osallistui toimintamalliin osallistuvista vanhemmista kaksi. Luennon lopuksi kerättiin arviointilomakkeella (LIITE 6) kaikilta osallistuneilta vanhemmilta mielipiteitä ja kehittämisehdotuksia koskien tätä ohjauskertaa sekä lasten hyvinvointia ja terveyden edistämistä kouluterveydenhuollossa.

Ensimmäinen ryhmäohjauskerta lapsille ”Välipalalla on väliä!”, välipalan valmistusta kouluterveydenhoitajan ohjaamana

Tämän ohjauskerran tavoitteena oli yhdessä lasten kanssa miettiä terveellisen välipalan koostumusta ja myös valmistaa sellainen. Ohjauskerta järjestettiin koulupäivän aikana iltapäivällä. Ryhmään osallistuivat kaikki toimintamalliin osallistuvat lapset eli kolme lasta. Ohjauksesta vastasi kouluterveydenhoitaja. Aluksi puhuttiin terveellisistä välipaloista ja esillä oli Sydänliiton värillisiä kuvia, joissa verrattiin terveellistä ja epäterveellistä välipalaa toisiinsa.

Hedelmät, vihannekset, leivät ja muu käytettävä materiaali oli muun muassa aseteltu esille selkeästi ja katettu kauniisti, jotta lapsille jäisi mukavia muistoja ja kokemuksia tästä ohjauskerrasta. Jokainen lapsi sai valita omat aineksensa välipalaansa. Välipalalla valmistettiin sämpylä ja hedelmäsalaatti, juomana oli rasvaton maito. Lapset tekivät innostuneina välipalaansa ja kirjoittivat ”reseptit” ylös, jotta onnistuisivat kotonakin tekemään samanlaisen välipalan muillekin perheenjäsenille. Ohjauskerralla otettiin lapsista valokuva, jota käytettiin hänen omassa kunniakirjassaan, jonka hän sai muistoksi toimintamallin lopussa.

Kolmas yksilöohjauskerta eli kouluterveydenhoitajan ”Tukikäynti” lapselle

Tälle ohjauskerralle lapsi osallistui yksin koulupäivän aikana. Ohjauskerran tavoitteena oli kysellä kuulumisia ja antaa palautetta muun muassa onnistumisista pienisäkin elintapamuutoksissa. Tapaamisesta lähetettiin lapsen mukana kirjallinen yhteenveto vanhemmille, jossa myös annettiin muun muassa positiivista palautetta onnistumisista.

Toinen ryhmäohjauskerta vanhemmille ja lapsille yhdessä, ”Perheliikuntaa” fysioterapeutin ohjaamana

Tämän ryhmäohjauskerran tavoitteena oli motivoida perheitä liikkumaan yhdessä. Tästä syystä ohjauskerralle oli tarkoitus osallistua lapset yhdessä vanhempiensa kanssa. Ohjausmalliin osallistuneista lapsista tällä kerralla mukana oli vain yksi ja vanhemmista kaksi eli yksi vanhemmista osallistui ohjaukseen ilman lastaan. Ohjauskerta oli fysioterapeutin ohjaama. Osallistujat liikkui koulun piha-alueella hyö-

dyntäen alueen tarjoamia liikuntamahdollisuuksia kuten esimerkiksi kiipeilytelineitä ja luonnonkiviä. Ohjauskerran kesto oli noin tunti.

Kolmas ryhmäohjauskerta vanhemmille ja lapsille erikseen, ”Psykologista tukea elämänmuutokseen” psykologin ja psykiatrisen sairaanhoitajan ohjaamana

Tämän ryhmäohjauskerran lasten ryhmän ohjaajana toimi psykiatrisen sairaanhoitaja ja vanhempien ryhmän ohjaajana psykologi. Tämä ohjauskerta osoittautui kuitenkin yksilöohjauskerraksi, koska siihen osallistui vain yksi lapsi ja hänen vanhempansa. Ohjaus oli lähinnä erilaisista asioista keskustelua ja vanhemman kanssa myös lapsen ylipainoasioiden käsittelyä psykologisesta näkökulmasta.

Neljäs yksilöohjauskerta lapselle ja vanhemmille yhdessä, ”Yhteenvetokäynti” kouluterveydenhoitajan ohjaamana

Viimeiselle ohjauskerralle lapsi tuli vanhempansa kanssa ja tällä kerralla tehtiin kouluterveydenhoitajan ohjaamana yhteenveto elintapaohjausmalliin osallistumisesta sekä kerrattiin terveellisiä elintapoja ja mietittiin, miten perhe jatkaa eteenpäin. Tavoitteena oli vahvistaa mahdollisia jo tehtyjä elintapamuutoksia ja kannustaa lasta ja vanhempia muutosprosessissa eteenpäin, mikäli muutoksia ei vielä oltu tehty. Tällä viimesisellä kerralla lapselta mitattiin pituus, paino ja vyötärön ympärys.

4.4 Konstruktion kytkökset teoriaan, toimivuus ja uutuusarvo

Työn päättyessä on lopullisen reflektion eli arvioinnin aika. Silloin katsotaan kokonaisuutta eri vaiheissa ja eri suunnilta. Työelämän kehittämistehtävissä ja käytettäessä konstruktiivista tutkimusotetta on oleellista pyrkiä osoittamaan ratkaisun toimivuus, uutuusarvo sekä kytkökset teoriaan. Myös mahdollista soveltamisaluetta on syytä pohtia. (Kasanen ym. 1991, 306; Jämsä & Manninen 2000, 85.) Tämä tapahtuu muun muassa pohtimalla, miten tulokset ovat laajennettavissa tai siirrettävissä toisiin tilanteisiin ja kuinka ne uudistavat käsillä olevan taidon käytäntöjä. Tavoite voi olla löytää jotakin, joka uudistaa käytäntöä, tuottaa aiempaa reflektoidumpia ratkaisumalleja, joiden voidaan osoittaa toimivan käytännössä. (Virtuaaliammattikorkeakoulu 2009.)

Kehittämistehtävää arvioitaessa on kuitenkin hyväksyttävä se, että kaikki tutkimus- ja kehittämistyö ovat tutkijan tekemää rakennelmaa tietyistä puitteista ja tietyillä rakennusaineilla. Joku toinen voisi tehdä samoista palasista hieman toisen näköisen tuotoksen. Näin ollen niin kvantitatiivinen kuin kvalitatiivinenkin tutkimus on aina yhdenlainen versio tutkittavasta aiheesta, eikä siihen voida koskaan täysin luottaa toisin sanoen se ei tarjoa objektiivista, absoluuttista tietoa, vaikka näin haluttaisiin turvallisuuden tunteen lisäämiseksi ajatella. Tutkijoiden saamista tuloksista voidaan toki tehdä joitakin johtopäätöksiä, mutta tulokset ovat aina kontekstuaalisia eli muun muassa aikaan, paikkaan ja tutkijaan sidoksissa olevia asioita. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006).

Tämän kehittämistehtävän tavoitteena oli ylipainoisten lasten elintapaohjauksen kehittäminen kouluterveydenhuollossa. Tämä kehittäminen tapahtui suunnittelemalla uudenlainen elintapaohjausmalli kouluterveydenhuoltoon. Elintapaohjausmalli suunniteltiin aikaisemman teorian tiedon ja muista vastaavista kehittämistehtävistä saatujen kokemusten pohjalta, joten konstruktion kytkökset teoriaan ovat vahvat. Konstruktion eli elintapaohjausmallin toimivuutta käytännön kouluterveydenhoitotyössä testattiin elintapaohjausmalliin vapaaehtoisesti osallistuvilla kolmella Noormarkun Finpyyn koulun 1. – 3. lk:n ylipainoisella tai lihavalla lapsella yhdessä heidän vanhempiensa kanssa. Tätä ensimmäistä konstruktion toimivuuden testaamista arvioitiin sekä elintapaohjausmallissa toimineiden ammattihenkilöiden että mukana olleiden vanhempien näkökulmasta. Ammattihenkilöt kävivät ohjausmallin lopuksi arviointikeskustelun ja vanhemmille lähetettiin arviointikysely elintapaohjausmallin päätyttyä (LIITE 8). Tästä arvioinnista saadut tulokset esitellään myöhemmin seuraavan osaston yhteydessä.

Tämän kehittämistehtävän avulla kehitettiin kouluterveydenhoitajan työtä täysin uudella tavalla, konstruktivistisella tutkimusotteella. Tiedossani ei ole muita vastaavalla tavalla toteutettuja kouluterveydenhuollon kehittämistehtäviä Suomessa. Kouluterveydenhuoltoa on aikaisemmin useimmiten kehitetty esimerkiksi erilaisten hankkeiden tai toimintatutkimuksen avulla. Konstruktivistinen tutkimusote on tutumpi ja käytetympi muun muassa liiketalouden puolella esimerkiksi kehiteltäessä jotain uutta

tuotetta. Tämä erilaisen tutkimusotteen kokeilu kouluterveydenhoitajan työn kehittämisessä on osa suunnitellun konstruktion uutuusarvon osoittamista.

Uutuutena tässä konstruktioprosessissa ja konstruktiossa verrattuna muihin vastaaviin kehittämistehtäviin, tutkimuksiin ja hankkeisiin on elintapaohjausmallin rakenteen poikkeuksellisuus. Elintapaohjausmallissa pääasiallinen ohjausvastuu oli elintapaohjausmalliin osallistuneen lapsen omalla kouluterveydenhoitajalla. Aikaisemmissa ja olemassa olevissa lasten painonhallintaohjausmalleissa ylipainoinen lapsi siirtyy oman kouluterveydenhoitajan normaalista ohjauksesta esimerkiksi erilliseen fyysisestikin toisessa paikassa toimivaan ryhmään, mikäli vanhemmat haluavat lapsensa osallistuvan tällaiseen painonhallintaohjaukseen. Tässä konstruktiossa oli uutta myös se, että ohjausmalliin sisältyy sekä yksilö- että ryhmäkäyntejä. Yleensä tällaiset vastaavat elintapaohjausmallit on toteutettu lähinnä ryhmämuotoisina tai ainoastaan yksilöohjauksena. Tiedossani ei ole myöskään toista ylipainosten lasten elintapaohjausmallia, jossa lapselle kootaan jaettavasta ohjausmateriaalista oma henkilökohtainen kansio, jossa materiaali säilyy paremmin ja siihen voidaan tarvittaessa esimerkiksi kotona vanhempien kanssa palata myöhemmin uudelleen.

4.5 Konstruoidun elintapaohjausmallin ja konstruktioprosessin arviointi sekä ohjausmallin kehittäminen

Arviointi eli evaluaatio tarkoittaa arvioimista, jonkin asian arvottamista eli jonkin asian arvon, ansion ja merkityksen määrittämistä. Arvioinnin ideana on, että se kohdistetaan johonkin ominaisuuteen. Ominaisuudet edustavat muun muassa jotakin, mitä pidetään hyvänä, tehokkaana tai käyttökelpoisena.(Anttila 2007, 15.) Arvioinnilla pyritään yleensä organisaation systeemien toimivuuden, tehokkuuden, tuloksellisuuden ja vaikuttavuuden arviointiin. Arvioinnilla pyritään myös työ- ja palveluprosessien sekä tuote- ja tuotannonsuunnittelun kehittämiseen sekä uusien näkemysten ja ratkaisujen tuottamiseen. Samalla toivotaan kriittisen näkemyksen lisääntyvän ja käynnistävän muutosprosessin.(Anttila 2006, 452 - 454.)

Arviointia voidaan tehdä ennen toiminnan toteutusta, sen aikana ja sen jälkeen eli arviointi voi olla etukäteisarviointia, jatkuvaa arviointia ja jälkikäteisarviointia. Ar-

viointi voidaan myös jakaa formatiiviseen ja summatiiviseen arviointiin. Formatiivinen arviointi perustuu ajatukseen, jossa arvioinnin tavoitteena on kehitys. Summatiivisen arvioinnin tavoitteena taas on tuottaa perusteltu arvio siitä, miten toiminta on onnistunut. Summatiivisessa arvioinnissa arvioinnin tekijä on kiinnostunut ensisijaisesti siitä, miten toiminta on täyttänyt sille asetetut tavoitteet. (Virtanen 2007, 93.)

Tässä opinnäytetyön raportissa arviointi on toiminnan eli elintapaohjauksen jälkeen tapahtuvaa eli jälkikäteisarviointia. Kehittämistyön arviointi perustuu asetettuihin tavoitteisiin ja sen arviointiin, miten tavoitteet on saavutettu. Arviointi on tässä kehittämistehtävässä lähinnä summatiivista, koska kiinnostuksen kohteena on ensisijaisesti se, täyttikö elintapaohjaus sille asetetut tavoitteet eli saavutettiin muutos lapsen ja hänen perheensä elintavoissa tai mikäli muutosprosessi ei ollut vielä niin pitkällä, niin edes muutosmotivaation ja mielenkiinnon heräämistä koskien terveellisiä elintapoja. Arviointia suorittivat sekä elintapaohjausmalliin osallistuneet vanhemmat että ohjausmallissa toimineet ammattihenkilöt. Arvioinnin kohteena olivat vanhempien näkökulmasta lapsen ja perheen elintapamuutokset tai muutosmotivaation heräämisen tarkastelu. Vanhemmat arvioivat kyselyssään myös ohjauksen sisältöä ja tapaa sekä kertoivat kokemuksistaan ohjausmalliin osallistumisesta ja antoivat ehdotuksia koskien ohjausmallin edelleen kehittämistä. Ohjausmallissa toimineet ammattihenkilöt arvioivat käydyssä jälkikäteiskeskustelussa lähinnä ohjausmallin rakennetta ja kokemuksiaan ohjaustilanteista sekä miettivät mahdollisia ehdotuksia koskien mallin edelleen kehittämistä.

Elintapaohjausmalliin osallistuneiden vanhempien arviointi ja kehittämis ehdotukset

Tässä kehitellyssä ylipainoisten lasten elintapaohjausmallissa tavoitteena ei ollut lapsen painon tai pituuspainoprosentin lasku, koska ohjausmalli kesti vain kaksi kuukautta ja näin lyhyessä ajassa ei ole realistista odottaa muutoksi edellä mainituissa mittaustuloksissa. Tavoitteena oli sen sijaan herättää lapsissa muutosmotivaatio ja kiinnostus terveellisiin elintapoihin. Muutosprosessin edetessä nopeasti, tavoiteltavaa oli myös lasten ja vanhempien mahdolliset elintapamuutokset tai muutospyrkimykset. Tavoitteena oli tässäkin tapauksessa tehdä pieniä mutta pysyviä muutoksia arjen ruoka- ja juomavalintoihin ja syömiskäyttäytymiseen sekä lisätä arkiaktiivisuutta.

Laatimallani vanhemmille suunnatulla loppuarviointilomakkeella (LIITE 8) oli tarkoituksena kartoittaa näitä mahdollisia muutoksia lapsen ja perheen elintavoissa tai pyrkimyksiä niihin. Arviointilomake lähetettiin vanhemmille kesäkuussa 2008 eli heti elintapaohjausmallin ohjauskertojen päätyttyä. Vastausaikaa heille annettiin noin kaksi viikkoa. Vastaaminen tapahtui nimettömänä ja mukana oli postimaksulla varustettu palautuskuori vastausmotivaatiota lisäämään. Kaikki (N=3) ohjausmalliin osallistuneet vanhemmat vastasivat arviointikyselyyn ja palauttivat sen ennen määräaikaa.

Vastauksia ei analysoitu kvantitatiivisin menetelmin, koska niitä oli vain kolme kappaletta. Vastauksia tarkastellessani havaitsin, että **perheen elintavoissa** oli kaikilla tapahtunut jonkin verran muutoksia. Esimerkiksi jossakin perheessä ruokailtiin elintapaohjauksen päätyttyä yhdessä vähän useammin kuin ennen ohjausta ja perheissä oli alettu kiinnittämään enemmän huomiota painonhallintaa edistävien elintarvikkeiden hankintaan. Perheet olivat alkaneet liikkumaan enemmän yhdessä. Vanhemmat olivat tehneet muutoksia myös omissa elintavoissaan.

Kaikkien elintapaohjaukseen osallistuneiden **lasten elintavoissa** oli tapahtunut konkreettisia muutoksia. Tällaisia muutoksia olivat muun muassa lapsen säännöllisempi ja terveellisempi syöminen, aamupalan syöminen päivittäin, sopiva ruokamäärä aterioilla sekä ”napostelun” ja ”herkkujen” käytön väheneminen. Sen sijaan kasvien, marjojen ja hedelmien käyttö ei lisääntynyt ohjauksen jälkeen yhdelläkään lapsella. Myöskään liikunnan harrastaminen tai koulumatkaliikunta eivät olleet lisääntyneet. Toisaalta pitää ottaa kuitenkin huomioon, että arviointikysely täytettiin kouluvuoden jo päätyttyä, jolloin koulumatkoja ei ole ja harrastustoiminnotkin ovat yleensä tauolla. Lasten innokkuus liikuntaan oli kuitenkin lisääntynyt kaikilla lapsilla. Joidenkin lapsien ulkoilu ja hyötyliikunta olivat myös lisääntyneet.

Kahden lapsen vanhemmat olivat melko tyytyväisiä tai erittäin tyytyväisiä lapsen elintapamuutoksiin, yhden vanhemman mielipide oli neutraali eli hän ”ei ollut tyytyväinen eikä tyytymätön”. Vanhemmat kommentoivat tyytyväisyyttään muun muassa seuraavasti:

”Asiat selitti joku muu kuin oma äiti...”

”Lapsi ainaski innostu miettimään mitä syö eli onko terveellistä vai ei...”

Elintapaohjauksessa käsiteltyjä aiheita pidettiin tärkeinä perheiden kannalta, asioita myös käsiteltiin ymmärrettävällä tavalla. Vanhemmat kokivat myös, että elintapaohjaus kannusti perheitä painonhallintaa tukeviin ravitsemus- ja liikuntatottumuksiin. Eri asiantuntijoiden käyttöä ohjauksessa pidettiin hyödyllisenä, toisaalta taas vanhemmat eivät kokeneet muiden vanhempien tapaamisen auttavan perhettä muutosprosessissa. Vanhemmat kokivat osallistumisensa lapsen elintapaohjaukseen tärkeänä ja heidän mielestään ohjauksessa toteutui perheen ja ohjaajan yhteistyö.

Ohjausmallin kehittämistä koskevassa osiossa vanhemmat toivat esiin omia ajatuksiinsa elintapaohjauksmallin kehittämiseksi edelleen. Ohjauskertojen lukumäärää pidettiin sopivana, yksilöohjausta toivottiin 4 – 6 kertaa lukuvuodessa. Yksi vanhemmista piti yksilö- ja ryhmäohjauskertoja yhtä tärkeinä, mutta yksi vanhemmista koki yksilökäynnit tärkeämmiksi. Ryhmäohjauskerroista tärkeimpinä pidettiin ravitsemus- ja liikunta-aiheista ohjausta lapsille ja vanhemmille yhdessä sekä psykologista ohjausta vanhemmille. Lapsille jaettua materiaalikansiota pidettiin hyödyllisenä.

Vaikka ohjaukseen oltiin tyytyväisiä, oli vanhemmilla joitain kehittämis ehdotuksia. Joku vanhemmista toivoi helposti koottavien ateriakokonaisuuksien reseptejä, kokkikoulua, urheilupäivää ja liikuntakerhotoimintaa, joka ei tavoittele kilpaurheilua.

Vanhemmille oli suunnattu myös toinen arviointikysely koskien ravitsemusaiheista luentoa (LIITE 6), jonka tarkoituksena oli kartoittaa muun muassa luennon tarpeellisuutta sekä ehdotuksia koululaisten terveyden edistämistyön kehittämiseen. Tälle luen nolle kutsuttiin ja osallistui myös muita vanhempia elintapaohjausmalliin osallistuneiden lisäksi. Saatujen vastausten mukaan osallistuneet vanhemmat olivat tyytyväisiä luento on. Aihetta pidettiin perheen kannalta tärkeänä, myös näyttelypöytiä pidettiin hyödyllisinä ja vanhemmat kokivat saaneensa hyödyllistä tietoa koululaisen ravitsemuksesta. Parhaimpina tapoina välittää tietoa lasten hyvinvointiin liittyvistä asioista vanhemmat pitivät asiantuntijaluentoja, terveydenhoitajan ”tietoiskuja” vanhempainilloissa ja yksilötapaamisia terveydenhoitajan vastaanotolla. Vanhemmat

toivoivat erityisesti lapsille suunnattuja tiedotustilaisuuksia koskien terveellisiä elintapoja ja vanhemmille tietoa esimerkiksi lasten käytöshäiriöistä. Näitä saatuja vastauksia pyritään hyödyntämään jatkossa kouluterveydenhoitajan työtä kehitettäessä edelleen.

Elintapaohjausmalliin osallistuneiden ammattihenkilöiden arviointi ja kehittämisehdotukset

Ohjausmalliin osallistuneiden toimijoiden kesken käytiin arviointikeskustelu ohjausmallin lopuksi. Keskusteluun osallistuivat kouluterveydenhoitaja, psykiatrinen sairaanhoitaja ja psykologi. Fysioterapeutilta saatiin palaute sähköpostitse. Tämän arvioinnin pääasiallinen tulos oli se, että tätä elintapaohjausmallia on jatkossa syytä kehittää yhdessä elintapaohjausmallissa toimivien ammattihenkilöiden kesken, jotta jokainen olisi osaltaan voinut vaikuttaa sen rakenteeseen, sisältöön ja muihin vastaaviin asioihin. Tällä toteuttamiskerralla elintapaohjausmallin suunnitteli kouluterveydenhoitaja eli opinnäytetyön tekijä yksin erilaisten teoreettisten lähteiden ja aikaisempien kokemusten perusteella, koska ei ollut käytännön syistä esimerkiksi ajan puutteen vuoksi mahdollista suunnitella sitä yhdessä.

Muut ohjaajat kokivat, ettei heillä ollut riittävästi tietoa aikaisemmista ohjauskerroista ja niiden sisällöistä. Myös aikaisemman kokemuksen puute vastaavista ylipainoisten lasten ja vanhempien ohjaustilanteista vaikeutti muun muassa psykiatrisen sairaanhoitajan ja psykologin työtä ohjauksessa. Ryhmään osallistuvien vanhempien pieni lukumäärä vaikutti ja ehkä osaltaan myös vaikeutti näiden ohjaajien työtä. Ohjauskerrasta tuli yksilöohjausta ja ryhmäohjauksen idea eli vertaistuen saaminen ei toteutunut. Edellä mainitut ohjaajat kokivat myös aiheen arkaluontoisuuden eli lapsen ylipainon puheeksi oton jonkin verran vaikeaksi, ehkä juuri siitä syystä, että heillä ei ole aikaisempaa kokemusta ylipainoisten lasten ohjauksesta. Jatkossa voisikin olla hyödyllisempää varata elintapaohjausmalliin osallistuneille vanhemmille ja lapsille oma yksilöohjauskerta näiden toimijoiden vastaanotolle. Sen sijaan fysioterapeutin ryhmäohjauskerta olisi syytä säilyttää sellaisenaan eli ohjauskerralle osallistuisivat kaikki elintapaohjausmalliin osallistuvat lapset vanhempineen. Yhtenä tavoitteenahan tällaisessa elintapaohjausmallissa on perheen yhdessäolon lisääminen esimerkiksi liikunnallisina keinoin.

Kouluterveydenhoitajan eli tämän opinnäytetyön tekijän näkökulmasta, olisi syytä kouluttaa myös näitä muita elintapaohjausmallissa toimivia lasten ylipainoon liittyvissä asioissa. Tämä koulutus voisi olla kouluterveydenhoitajan antamaa niin sanottua työpaikkakoulutusta, jossa käsiteltäisiin esimerkiksi tämän raportin alkuosan teoreettiset lähtökohdat muun muassa lapsen ylipainon syistä, vaikutuksista ja Käypä hoito suosituksesta.

Konstruktiosprosessin ja konstruktion merkitys opinnäytetyön tekijän kannalta

Toimintamallin kehittäminen ei ollut helppoa, koska aikaisemmin ei tietojeni mukaan ole kehitetty vastaavanlaista toimintamallia alakoululaisten painonhallintaa. Aihe oli kuitenkin tärkeä, ajankohtainen ja itseäni kiinnostava, joten olin erittäin motivoitunut uuden luomiseen. Koska valitsin aiheen jo heti opintojeni alussa, kykenin erilaisia oppimistehtäviä tehdessämme hyödyntämään ja syventämään tietouttani, mitä tarvitsinkin toimintamallin kehittämisessä.

Konstruktiosprosessi käynnistyi siis jo opintojeni alkuvaiheessa syksyllä 2005, koska yksi syy hakeutua ylempään ammattikorkeakouluun oli juuri tarve kehittää omaa työtäni kouluterveydenhoitajana. Tavoitteena oli saada uusia työkaluja ja oppia uusia työskentelymenetelmiä ammattitaitoani kehittääkseni. Yksi suurimmista käytännön ongelmista työssäni oli ylipainoisten lasten suuri ja yhä lisääntyvä määrä. Havaitsin, että jotain on tehtävä joko enemmän tai toisella tavalla saavuttaakseni parempia tuloksia työssäni heidän parissaan. Lasten lihavuus-käypähoitosuositus oli juuri julkaistu (1.8.2005) ja tavoitteena oli muun muassa ottaa se käyttöön omassa työssäni.

Opintotehtävien aiheiksikin valitsin lasten ylipainon tai sitä sivuavan teeman. Näin syvensin tietämystäni aihealueesta koko opiskeluni ajan. Perehtyminen aiheeseen on ollut syvällistä ja syvenee edelleen, koska näiden opiskeluvuosien aikana on julkaistu aiheeseen liittyvää kirjallisuutta, tutkimuksia, hankkeita ja muita informaatiolähteitä. Aihe on kansallisesti ja kansainvälisesti erittäin tärkeä ja vaatii koko yhteiskunnan paneutumista asiaan.

Opinnäytetyön tekijän näkökulmasta konstruktiosprosessi oli raskas mutta onnistunut. Prosessille asetetut tavoitteet saavutettiin eli uudenlainen konstruktio, ylipainoisten lasten elintapaohjausmalli suunniteltiin, testattiin ja arvioitiin sekä tätä kautta myös kehitettiin kouluterveydenhoitajan työtä. Elintapaohjausmallissa saavutettiin myös konkreettisia muutoksia lasten elintavoissa, joista kerrotaan tarkemmin vanhempien arviointia käsittelevässä kappaleessa aikaisemmin tässä raportissa. Tämä olikin elintapaohjausmallin tärkein lyhyen aikavälin tavoite ja sen saavuttaminen lisäsi luottamusta tällaisen ohjausmallin toimivuuteen käytännössä. Myös omiin ohjaustaitoihin voi olla tyytyväinen saadun palautteen ja kokemusten perusteella. Kaikki lapset myös hoikistuivat elintapaohjauksen aikana, vaikka se ei ollutkaan lyhyen aikavälin tavoitteena, koska ohjausmalli kesti vain kaksi kuukautta. Jokaisen lapsen pituuspainoprosentti laski. Prosentit laskivat seuraavasti: 38->35%:iin, 68->62%:iin ja 43->39%:iin.

Lasten lihavuus – Käypä hoito suositusta ja muita teoreettisia lähteitä hyödynnettiin tehokkaasti ja tarkoituksen mukaisesti ohjausmallin suunnittelussa ja testauksessa. Kehittämisprosessin aikana osallistuin useisiin lasten ravitsemusta ja liikuntaa käsitteleviin koulutuksiin ja sain sitäkin kautta päivitettyä tietoni ja taitoni koskien aihealuetta. Myös toimiminen Sydänliiton Neuvokas perhe- hankkeen kouluterveydenhuollon kehittämistyöryhmässä ja Hyvis - hankkeen projektiryhmässä ovat pitäneet opinnäytetyön tekijän ajan tasalla suhteessa lasten ylipaino-ongelmaan ja hoitoon Suomessa, mutta toisaalta kutsun saaminen näihin tehtäviin on myös osoittanut, että olen tämän aihealueen hoitotyön asiantuntija. Tätä kautta olen pystynyt antamaan oman asiantuntijuuteni ja ammattitaitoni näiden hankkeiden käyttöön ja myös sitä kautta olen voinut olla vaikuttamassa lasten ylipainon ja lihavuuden ehkäisytyöhön Suomessa.

Konstruktio merkitys työyhteisön kannalta

Tutkimus- ja kehitystoiminta pyrittiin kytkemään mahdollisimman tiiviisti organisaation nykytilaan, sen ongelmiin ja kehitysmahdollisuuksiin. Tämä tarkoittaa, että nykytilanteen taustojen ja kehityshistorian huolellinen analyysi olivat lähtökohtana kehitystoiminnalle ja uusien toimintatapojen ja -mallien hahmottamiselle. Organisaation muutosprosessissa voidaan erottaa kolme päävaihetta. Ensimmäisenä vaiheena on nykyisen toimintatavan ja toimintamallin ongelmien ja kehitystarpeiden kartoitus

ja toisena uuden toimintatavan suunnittelu ja kokeilu. Tavoitteena on päästä kolmanneen vaiheeseen, jossa uusi toimintatapa ja uudet toimintamallit vakiinnutetaan. (Nooteboom 2000, 170 -189.) Tässä kehittämistyössä olen päässyt vaiheeseen kaksi eli uusi toimintamalli on suunniteltu ja testattu, mutta vaatii vielä kehittämistyötä, jotta sen käyttö voitaisiin vakiinnuttaa organisaatiossamme.

Mietittäessä uuden konstruktion toimivuutta ja soveltuvuutta käytännön kouluterveydenhoitajan työhön on syytä pohtia, mitä hyvää uudenaikaisessa konstruktiossa on verrattuna vanhaan toimintamalliin. Tämän konstruktion edut olen esitellyt taulukossa 10 (Taulukko 10).

Taulukko 10. Suunnitellun elintapaohjausmallin edut

UUDEN ELINTAPAOHJAUSMALLIN EDUT:
<ul style="list-style-type: none"> • Lapsia ei siirretä painonhallintaryhmään toisaalle kouluterveydenhuollosta <ul style="list-style-type: none"> -oma terveydenhoitaja kokonaisvastuussa -parantaa mahdollisuutta joustaa esimerkiksi ohjausajoissa -vanhemmille helpompaa järjestää tulo ohjaukseen • Ryhmät lisänä entiseen käytäntöön Noormarkussa • Tehostettu varhainen puuttuminen (+20% ->) • Suunnitellut lomakkeet apuna ohjauksessa • Organisoitu toimintatapa, valmis ohjausmalli • Hyvät ohjausmateriaalit (jo olemassa olevat) tehokkaampaan käyttöön • Suunnitelmallinen arviointi ja kehittäminen

Ainoana negatiivisena asiana tämän valmiin toimintamallin käytännön toteutusvaiheessa on terveydenhoitajan ajankäyttö. Koska tapaamisia on useita, vievät ne enemmän aikaa kuin perinteinen toiminta lapsen ylipainon kyseessä ollessa. Myös toiminnan organisointi muun muassa muiden toimijoiden kesken vie aikaa ja vaatii suunnittelukykyä. Mutta koska tavoitteena on toiminnan tehostaminen, koska vanhat keinot eivät ole riittäneet, on mielestäni perusteltua käyttää enemmän aikaa ja muita resursseja tällaiseen tulokselliseen toimintaan.

Tämän kehittämistehtävän **tavoitteena** oli:

1. Ylipainoisten lasten uuden elintapaohjausmallin suunnittelu ja muotoilu
2. Uuden elintapaohjausmallin testaaminen, kokeilu käytännössä
3. Uuden elintapaohjausmallin toteuttamisprosessin arviointi

Nämä tavoitteet saavutettiin, mutta jatkossa kehittämistyötä on kuitenkin syytä jatkaa ja kehittämisessä on hyvä hyödyntää niin vanhemmilta saatua palautetta ja kehittämisehdotuksia kuin toimijoidenkin käymää arviointikeskustelua. Organisaatiossani Luoteis-Satakunnan kansanterveystyön kuntayhtymässä on tehty viimeisten vuosien aikana paljon töitä väestön ylipaino-ongelmiin puuttumiseksi. Ylipainoon puuttuminen ”vauvasta vaariin” on kirjattu kuntayhtymän taloussuunnitelmaan ja on perustettu erillinen ylipainostrategia työryhmä, jonka jäsenenä myös opinnäytetyön tekijä toimii. Noormarkku oli yksi Sydänliiton Neuvokas perhe – hankkeen pilottivaiheen kunnista. Tällä hetkellä kuntayhtymä on osallisena Hyvis – hankkeessa. Muun muassa näiden osallisuuksien kautta esimerkiksi lastenneuvoloiden ja kouluterveydenhuollon terveydenhoitajat ovat saaneet koulutusta lasten ylipainoon puuttumiseen, hoitoon ja ohjaustyöhön, joten lähtökohdat suunnitellun ohjausmallin toteuttamiselle ovat hyvät. Organisaatiossamme myös kannustetaan itsensä ja työnsä kehittämiseen, joten myös kehittämisilmapiiri on työyhteisössämme hyvä ja näin ollen myös oman työn kehittämiseen motivoidutaan.

Elämme kuitenkin tällä hetkellä suurien muutosten aikaa. Noormarkun kunta on liittymässä 1.1.2010 Porin kaupunkiin ja myös terveystoimet yhdistyvät ja myös organisaatiossamme ja työyhteisöissämme tapahtuu suuria muutoksia. Tulossa on todennäköisesti erilaisia yhdistymistä helpottavia kehittämistehtäviä koskien myös kouluterveydenhuoltoa. Kun mietitään kouluterveydenhuollon sisältöjä, aion esitellä tämänkin konstruktion ja osoittaa sen käytännössä testatun toimivuuden. Koska erikoissairaanhoidon on pitkä jono myös lastentautien poliklinikalla, on erittäin tärkeää kehittää perusterveydenhuollon toimintamalleja ja hoitokäytäntöjä vastaamaan paremmin asiakkaidemme eli lasten ja perheiden tarpeisiin sekä saamaan parempia vaikutuksia aikaan myös lasten ylipainon ja lihavuuden hoidossa.

5 YHTEENVETO

Lasten elintapaohjaus ja sen kehittäminen on yhteiskunnallisesti ajankohtainen ja tärkeä tehtävä, mutta samalla lasten ylipaino ja lihavuus ovat perheille henkilökohmainen ja arkaluontoinenkin aihe. Ohjauksen tulisi perustua hyvään vuorovaikutukseen ja inhimilliseen kohteluun. Tässä ohjausmallissa vanhemmille kerrottiin etukäteen ennen ohjausmalliin osallistumista mallin rakenteesta ja sisällöstä sekä korostettiin osallistumisen vapaaehtoisuutta ja luottamuksellisuutta, sekä sitä, että kenenkään henkilökohtaiset tiedot eivät tule esiin.

Tämän kehittämistehtävän tarkoituksena oli kouluterveydenhoitajan työn kehittäminen. Työn kehittäminen tapahtui uuden konstruktion, konkreettisen työkalun, ylipainoisten lasten elintapaohjausmallin suunnittelun, testauksen ja arvioinnin avulla. Kehittämistehtävän kohderyhmänä oli Noormarkun Finpyyn koulun 1.-3. luokan ylipainoiset tai lihavat oppilaat ja heidän vanhempansa. Osallistuminen elintapaohjausmalliin oli vapaaehtoista. Kehittämistehtävä oli onnistunut, koska tavoite eli uudenlainen ylipainoisten lasten elintapaohjausmalli saatiin suunniteltua, testattua ja arvioitua.

Kehittämistehtävän lähtökohdat nousivat työelämästä. Työelämälähtöisen tutkimus- ja kehitystyön määrittely ei ole yksiselitteistä. Työelämälähtöisyyden periaatteina voidaan pitää muun muassa sitä, että tutkimus- ja kehitystyö perustuu työssä ja käytännön toiminnassa koettujen ongelmien ratkaisemiseen. Kehittämistyössä vallitsee myös sosiaalinen vuorovaikutus tutkijoiden, kehittäjien, asiantuntijoiden ja toimijoiden välillä. Työelämälähtöisessä tutkimus- ja kehittämistyössä yhdistetään ja sovelletaan erilaisia metodeja ja lähestymistapoja ja näin ollen teorian ja käytännön suhde on läheinen (Rissanen, Pitkänen & Arnkil 2003, 147, 242.)

Flick (1998, 221 - 240) on eritellyt monipuolisesti laadullisen tutkimuksen oikeutusta ja arviointia. Laadullisen tutkimus- ja kehittämistyön arvioinnissa korostuu tulosten

arvioinnin lisäksi myös tutkimus- ja kehitysprosessin arviointi. Luotettavuus rakentuu muun muassa tiedon alkuperästä, tutkimus- ja kehitysprosessien läpinäkyvyydestä sekä aineiston tarkasta dokumentoinnista. Tässä kehittämistehtävän raportissa pyrin esittämään keskeisimmät teoreettiset lähteet koskien lasten ylipainoa ja lihavuutta sekä dokumentoimaan mahdollisimman tarkasti kehitysprosessin vaiheet parantaakseni kehittämistehtävän luotettavuutta.

Kun käytännöllistavoitteiseen kehityshankkeeseen yhdistetään tutkimus, on tieteellisten kriteerien lisäksi otettava huomioon reaali maailman vaatimukset. Varsinkin kun kyseessä on ongelmanratkaisuprojektina toteutettu tutkimus- ja kehityshanke, sen tuloksia voidaan arvioida myös siitä näkökulmasta, onko siinä osoitettu muun muassa seuraavaa:

- Onko hankkeen taustalla todellinen ratkaistava ja ratkaistavissa oleva ongelma?
- Onko ongelman ratkaisu johtanut uuteen tai parannettuun artefaktiin?
- Onko ongelma ollut sellainen, jonka ympäristö tai ammattiala katsoo tarpeelliseksi ratkaista?
- Onko ratkaisu hyödyllinen ja hyödynnettävissä laajemminkin kuin vain yhteen erityistapaukseen ja onko siinä otettu huomioon tiedon ja osaamisen yleinen sovellettavuus ja siirrettävyys?(Virtuaaliammattikorkeakoulu 2009.)

Mielestäni voin tässä vaiheessa kehittämistehtävää vastata edellä esitettyihin kysymyksiin myöntävästi. Tehtävän taustalla oli todellinen ratkaistavissa oleva ongelma, ongelman ratkaisuyritys johti uuteen parannettuun artefaktaan eli uudenlaisen ylipainoisten lasten elintapaohjausmallin suunnitteluun, lasten ylipaino on erittäin suuri ja tärkeä ratkaisua edellyttävä ongelma sekä Suomessa että kansainvälisestikin, suunniteltua konstruktioita tai vain sen osia voidaan hyödyntää laajemminkin.

Vaikka suunniteltu konstruktio eli elintapaohjausmalli osoittautui toimivaksi ja tuloksetkaaksi, olen yhä vakuuttuneempi siitä, että Suomessa on jatkossakin syytä panostaa erityisesti lasten ylipainon ennaltaehkäisyyn kaikilla yhteiskunnan sektoreilla, jotta ylipaino- ja lihavuusongelmaan voitaisiin esimerkiksi taloudellisten resurssien rajallisuuden vuoksi tehokkaimmin vaikuttaa. Kuitenkin, jos ennaltaehkäisevät toi-

met eivät riitä, tarvitaan myös tämän tyyppistä mallia, jonka avulla ylipainoisia ja lihavia lapsia voitaisiin mahdollisimman tehokkaasti ja tuloksellisesti hoitaa.

5.1 Konstruktivistinen tutkimusote kehittämistyössä

Konstruktivistinen tutkimusote ei ollut opinnäytetyön tekijälle tuttu ennen opinnäytetyön metodologiaopintoja. Tämä tutkimusote tuntui kuitenkin heti siihen tutustuttuani varsin selkeältä metodilta esimerkiksi verrattuna toimintatutkimukseen. Tutkimusotteessa edetään johdonmukaisesti ja prosessinomaisesti kohti ratkaisua. Toimintatutkimus tuntui enemmän aikaa vievältä ja haasteellisemmalta, koska mukana kehittämistyössä pitäisi olla myös muut toimijat. Tämän yhteisen ajan löytäminen tuntui liian haasteelliselta.

Aloittaessani teoreettisen tiedon etsimisen koskien konstruktivistista tutkimusotetta, havaitsin, että lähteitä oli saatavilla vain muutama ja nekin lähinnä liiketalouden alalta julkaistuja. Terveystieteiden tutkimuksissa toteutettuja konstruktivistisia tutkimuksia ei ollut ilmeisesti juurikaan tehty. Konstruktivistinen tutkimusote sopii mielestäni hyvin tämän tyyppiseen kehittämistyöhön eli kun kyseessä on jonkin palvelun tai tuotteen kehittäminen. Tämä tutkimusote ohjaa kehittämistyötä hyvin. Konstruktioprosessi on kuitenkin monivaiheinen kokonaisuus ja jokaisen vaiheen läpikäyminen on tärkeää, jotta kyseiselle menetelmälle asetetut ehdot täyttyisivät. Prosessin alkuvaiheessa etsitään relevantti, tutkimuksellisesti mielenkiintoinen käytännön ongelma. Seuraavassa vaiheessa hankitaan esiymmärrystä kehittämiskohteesta, jonka jälkeen vuorossa on innovaatiovaihe eli ratkaisumallin konstruointi. Ratkaisumallin toimivuutta tulee sen jälkeen testata eli pyritään konstruktion oikeellisuuden osoittamiseen. Konstruktivistisella tutkimusotteella käytettäessä on oleellista pyrkiä osoittamaan ratkaisun uutuusarvo sekä kytkökset teoriaan. Myös mahdollista soveltamisaluetta tulee pohtia. (Kasanen ym. 1991, 306; Jämsä & Manninen 2000, 85.)

Konstruktivistiselle tutkimusotteelle asetettuja ehtoja ovat muun muassa aikaansaadun konstruktion toimivuus eli käyttökelpoisuus. Tästä syystä tässä kehittämistehtävässä suunniteltu ohjausmalli on tarkkaan kuvailtu, jotta sen mahdollinen käyttöön-

otto muissa yhteyksissä olisi mahdollisimman helppoa. Kehittämistehtävän käynnisti käytännön hoitotyössä havaittu ongelma eli lasten ylipainon ja lihavuuden lisääntyminen ja vanhojen toimintatapojen tehottomuus tämän ongelman ratkaisemisessa. Tässä kehittämisotteessa prosessin tuleekin käynnistyä käytännössä havaitusta ongelmasta. Prosessin alkuvaiheessa on siis syytä miettiä, mikä on ongelman käytännön relevanssi eli merkityksellisyys. Tämän relevantin ongelman löydyttyä prosessi etenee ongelman ymmärtämiseen eli etsitään jo olemassa olevaa tietoa aihealueesta. Tässä kehittämisprosessissa se tarkoitti muun muassa opintotehtävien tekemistä käsillä olevasta ongelmasta eli lasten ylipainosta ja lihavuudesta. Tämän vaihe jatkui koko prosessin ajan muun muassa aihetta käsitteleviin lähteisiin tutustumisella ja koulutuksiin osallistumisilla. Näin kehittämistehtävä kytkettiin teoriaan.

Prosessin seuraavassa vaiheessa opinnäytetyön tekijä hyödynsi tätä aikaisempaa tietoa, mutta käytti myös omaa innovointiaan laatiessaan uudenlaisen elintapaohjausmallin ylipainoisten lasten hoitoa tehostamaan. Tätä innovoivaa työotetta käytetään runsaasti esimerkiksi liiketalouden alalla, mutta vähemmän terveydenhuoltoalalla. Kaikki keinot on kuitenkin nyt syytä käyttää, koska ylipaino-ongelma on niin suuri ja uusia erilaisia ajattelutapoja ja malleja tarvitaan, jotta tähän haasteeseen pystyttäisiin vastaamaan.

Vaikka ohjausmallia testattiin ensimmäistä kertaa, oli se kuitenkin suhteellisen toimiva jo tässäkin vaiheessa. Ohjausmallin avulla saavutettiin myös tavoitteita eli elintapamuutoksia. Tavoitteiden saavuttaminen lisää uuden konstruktion arvoa ja sen käyttöä voidaan suositella laajemminkin, kunhan ohjausmallia kehitellään kuhunkin organisaatioon sopivaksi. Mikään malli ei ole sellaisenaan siirrettävissä toiseen organisaatioon.

5.2 Ylipainoisten lasten elintapaohjausmalli

Tämän kehittämistehtävän konstruktioprosessin tuloksena syntyi ylipainoisten lasten elintapaohjausmalli. Elintapaohjausmalli suunniteltiin, testattiin ja arvioitiin Noor-markun kouluterveydenhuoltoa varten, mutta tavoitteena oli sen mahdollinen sovellettavuus laajemminkin kouluterveydenhuollossa. Se syntyi tarpeesta kehittää koulu-

terveydenhoitajan työtä. Tätä uudenlaista ylipainoisten lasten elintapaohjausmallia on vielä syytä kehittää esimerkiksi toimintatutkimuksen avulla, mutta sen osia esimerkiksi kyselylomakkeita ja materiaalikansioidea voidaan jo nyt hyödyntää. Elintapaohjausmallin rakenne esitellään taulukossa 11 (Taulukko 11.)

Taulukko 11: Ylipainoisten lasten elintapaohjausmallin rakenne

OHJAUS-KERTA	OHATTAVA	OHJAAJA	OHJAUS-TAPA	AIHE	TAVOITE	OHJAUKSEN TUKI-AINEISTO YMS.
1.KÄYNTI kasvu-kontrolli	lapsi	koulu-terveydenhoitaja =th	yksilö-ohjaus	mm. kasvu, elintavat (mm. ateriointi, arkiliikunta)	motivaation herättely elintapa-muutoksille	kasvukäyrä +yhteenveto ”Syökää porkkanaa”-lehtinen Elintapaohjausmallin esite
2.KÄYNTI	lapsi + vanhemmat	th	yksilö-ohjaus	mm. normaali kasvu, ylipainon hyödyt ja haitat, perheen ja lapsen tarpeet, voimavarat ja motivaatio	motivaatio elintapa-muutoksille, päätös osallistua elintapaohjausmalliin	Tarpeen mukaan materiaalia + kaikkien kanssa: kasvukäyrä, ”Elämäntavat”-lomake, elintapaohjausmallin materiaali-kansio
3.KÄYNTI	vanhemmat	ravitsemus-asiantuntija	ryhmä-ohjaus	koululaisen ravitsemus, painonhallinta ja ravitsemus	ravitsemus-tietojen ja -taitojen lisääminen, elintapamuutos-halukkuuden vahvistaminen	luento + jaettava ravitsemus-aiheinen materiaali
3.KÄYNTI	lapsi	th	ryhmä-ohjaus	koululaisen ravitsemus, painonhallinta ja ravitsemus	ravitsemus-tietojen ja -taitojen lisääminen, elintapamuutos-halukkuuden vahvistaminen	toiminnallinen ohjaus (esim. välipalan valmistusta, makukoulu)

4.KÄYNTI	lapsi	th	yksilö-ohjaus	elintavat yms., positiivinen palaute	motivointi muutoksille, itsetunnon vahvistaminen	tarpeen mukaan: kotitehtäviä, liikunta-päiväkirjan tarkastelu
5.KÄYNTI	lapsi + vanhemmat	liikunta-asiantuntija	ryhmä-ohjaus	painonhallinta ja liikunta, perheliikunta, arkiliikunta, liikunnan ilo	liikunta-tietojen ja -taitojen lisääminen, elintapamuutos-halukkuuden vahvistaminen	toiminnallinen ohjaus (esim. piha-leikit, pallo-pelit), tarv. yksilöohjaus-aika ft:lle
6.KÄYNTI	lapsi + vanhemmat	käyttätymistieteen asiantuntija (esim. psykologi, psy.sh)	ryhmä-ohjaus, omat ryhmät: vanhemmille (psykologi) ja lapsille (psy.sh)	vanhemmuus, riittävän hyvä vanhemmuus, rajat, lapsen itsetunto itsetunto	vanhemmuuden tukeminen, kasvatus-tietoisuuden lisääminen itsetunnon vahvistaminen	keskustelu ryhmässä, tarv. yksilö-ohjaus-aika psykologille toiminnallinen ryhmä (mm.sadutus, roolileikki)
7.KÄYNTI	lapsi + vanhemmat	th	yksilö-ohjaus	lopetus-käynti, kasvun tarkastaminen	yhteenveto käynneistä, elintapamuutos-halukkuuden vahvistaminen Miten tästä eteenpäin?	Materiaali-kansion tarkastelu ja täydentäminen Arviointi-kysely vanhemmille

5.3 Kehittämistehtävän merkitys opinnäytetyön tekijän kannalta

Tämän kehittämistehtävän arvo on todennäköisesti suurin opinnäytetyön tekijälle. Kehittämistehtävän konstruktioprosessin aikana olen kasvanut niin ihmisenä kuin hoitotyön ammattilaisena ja asiantuntijana. Ihmisenä kasvu on tapahtunut lähinnä elämän tärkeiden arvojen ymmärtämisenä. Tämän prosessin aikana perheeseemme

on syntynyt neljäs lapsi ja vanhemmista lapsista on kasvanut nuori neiti ja kaksi nuorta miestä. Avioliitto on säilynyt ja omakotitalo on rakennettu valmiiksi. Näiden asioiden ja ihmisten olemassaolo on erityisen arvokasta ja perusedellytys tämänkin kehittämisprosessin onnistumiselle. Koska olen saanut kasvaa ihmisenä, on se tuonut lisäarvoa myös työhöni kouluterveydenhoitajana muun muassa persoonan kehittymisen myötä.

Ammattitaitoni ja asiantuntijuuteni ovat lisääntyneet merkittävästi, mistä hyötyvät ensisijaisesti asiakkaani eli lapset ja heidän vanhempansa. Olen kouluttautunut tämän prosessin aikana muun muassa lasten ylipainon hoidon ja ravitsemusohjauksen asiantuntijaksi. Tämän kehittymisen on mahdollistanut työnantajani Luoteis-Satakunnan kansanterveystyön kuntayhtymä. Jatkossa toivonkin, että suunnittelemaani elintapaohjausmallia voidaan hyödyntää mahdollisimman hyvin nykyisessä organisaatiossamme ja jatkossa kuntaliitoksen jälkeen Porin kaupungin kouluterveydenhuollossa. Jo syksyllä 2009 on tarkoitus laajentaa elintapaohjausmallia kuntayhtymämme muihin kouluterveydenhuollon toimipisteisiin. Tätä kautta asettamani tärkein tavoite eli ylipainoisten lasten terveyden edistäminen tapahtuu jatkossa mahdollisimman tehokkaasti ja toivon mukaan kouluissamme työskentelee terveitä oppivaisia lapsia ja tulevaisuudessa työelämässä hyvinvoivia aikuisia. Tämänkin kehittämisprosessin perusteet löytyvät hoitotyön etiikasta, jota haluankin prosessin lopuksi pohtia syvällisesti todistaakseni vielä kerran tämän työn arvon.

6 EETTISTÄ POHDINTAA

Jokainen lasten kanssa työtä tekevä joutuu koko ajan pohtimaan, mikä on oikein ja mikä väärin? Lait, teorit ja suositukset eivät anna siihen tyhjentäviä vastauksia. Eettinen pohdinta näkyy ammattilaisen työssä niin, että työntekijä on avoin erilaisille vaihtoehdoille toiminnassaan. Olen tämän kehittämisprosessin aikana pohdiskellut paljon ehkäisevän terveydenhuollon sekä lasten ylipainon ja lihavuuden hoidon etiikkaa kouluterveydenhoitajan näkökulmasta. Olen yrittänyt löytää työhöni peruste-

luja myös etiikan avulla. Onko syytä, velvollisuutta, tarvetta puuttua lapsen ylipainoon tai lihavuuteen? Kenen etua ajan puuttuessani niihin? Toiminko oman etiikkani mukaisesti vai sitä vastaan, jos jätän esimerkiksi puuttumatta asiaan vanhempien niin toivoessa?

Kouluterveydenhoitajan työssä korostuu voimakkaasti ennaltaehkäisyyn merkitys. Ei ole epäilystäkään siitä, ettei olisi mielekkäämpää pyrkiä tautien ja toimintahäiriöiden ehkäisyyn kuin odottaa oireiden puhkeamista ja hoitaa vasta sitten. Ehkäisyyn merkitys on lapsuudessa erityisen suuri, koska odotettavissa oleva elinikä on pitkä. Mahdolliset hyvinvoinnin ja terveyden ongelmat tulevat kuormittamaan terveystalveta ja taloutta, puhumattakaan inhimillisistä kärsimyksistä, joita terveyden heikkeneminen aiheuttaa. Kouluterveydenhuollon tärkeimpänä tavoitteena onkin lasten terveyden edistäminen ja ylläpitäminen. Käytännössä tämä toiminta on koululaisten terveyden, toimintakyvyn ja hyvinvoinnin edistämisen lisäksi sairauksien ja kärsimyksen ennaltaehkäisyä ja hoitoa. Lähtökohtana on ihmisen tarpeisiin perustuva hoitotyö. Ammattipätevyyden lisäksi työssä korostuvat ihmissuhde- ja vuorovaikutustaidot sekä sitoutuminen ammatillisiin arvoihin ja periaatteisiin.

Elintapaohjaus on kouluterveydenhoitajan keskeinen työmenetelmä sairauksien ehkäisyssä ja terveyden edistämässä. Tavoitteena on, että jokainen oppilas ymmärtäisi terveyden arvon ja merkityksen elämälleen, omaksuisi terveyttä edistävät elämäntavat ja tietäisi oman vastuunsa itsensä ja ympäristönsä hyvinvoinnista. Kouluterveydenhuollon on vastattava siitä, että elintapaohjaus on päämääräthakuista ja tietoon perustuvaa. (Terho 2000, 36.) Koska resurssit ovat rajalliset, elintapaohjauksenkin on keskityttävä sellaisten elintapojen ja sairauksien ehkäisemiseen, joilla on väestölle suuri merkitys sekä terveydellisesti ja taloudellisesti. Myös elintapaohjauksen aihepiirien tulee olla sellaisia, joista on tietoa ja joihin voidaan vaikuttaa.

Elintapaohjausta on kuitenkin myös kritisoitu paljon. On puhuttu jopa ”terveysterroismista” kun ihmisiin on pyritty vaikuttamaan kaikin keinoin. Varsinkin monet kampanjat ovat olleet hyvin osoittelevia ja syyttäviä. Liian voimallinen hyökkäys saattaa helposti tuottaa vastavaikutuksia ja hylkimistä. Elintapaohjausmenetelmiä onkin jatkuvasti tutkittava kriittisesti ja hylättävä kyseenalaiset jopa ihmisarvoa

loukkaavat menetelmät. On käytävä jatkuvaa eettistä keskustelua siitä, mikä on elintapaohjauksen tarkoitus ja millä keinoilla se toteutetaan, jotta tavoite eli lasten terveyden edistäminen saavutettaisiin. On myös huomattava, että kaikki elävän elämän ratkaisut on tehtävä päätöksenteon hetkellä parhaan saatavissa olevan tiedon pohjalta. Näyttöön perustuva lääketiede on ajattelutavaltaan toistaiseksi parasta saatavissa olevaa tietoa. Olisi epäeettistä jättää paras saatavissa oleva tieto huomiotta siksi, ettei se ole täydellistä.

Käypä hoito -suosituksia laaditaan kansanterveydellisesti merkittävistä ongelmista tai sairauksista, joissa hoitokäytännöt vaihtelevat eri puolilla Suomea. Suositusten avulla saadaan myös levitettyä uutta diagnosoinnissa ja hoidossa saatua tietoa. Käypä hoito suositukset perustuvat kunkin alan parhaimpaan tieteelliseen tutkimusnäyttöön, jonka suomalaiset asiantuntijat ovat arvioineet. Hoitosuositusten tavoite on potilaiden mahdollisimman hyvä hoito. Käypä hoito -organisaatio toimii itsenäisesti Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin yhteydessä. (Kansanterveyslaitos 2006.) Lasten lihavuuden Käypä hoito suositus julkistettiin 1.8.2005. Se antaa tarkkoja suosituksia lasten lihavuuden hoitoon. (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2005.) Käypä hoito suositus on näin ollen myös hyvä työkalu esimerkiksi kouluterveydenhoitajan päätöksenteossa. Se auttaa löytämään esimerkiksi vastauksia kysymyksiin, onko lapsi lihav, pitäisikö lihavuuteen puuttua, miten toteutetaan hoidon? Päätöksenteon jälkeen tarvitaan kuitenkin myös toimintaa ja tähän tarkoitukseen laadin tämän elintapaohjauksmallin, jotta Lasten lihavuus – Käypä hoito suosituksen sisältöä ja suosituksia tulisi tehokkaammin hyödynnettyä.

Lasten terveys on kivijalka, jolle kansanterveys rakentuu. Sen vuoksi lasten ehkäisevä terveydenhuolto, terveyden edistäminen on keskeisen tärkeää kansanterveystyötä. Se on myös kouluterveydenhuollon päätavoite. Ehkäisevän terveydenhuollon vaikutukset näkyvät kuitenkin vasta pitkällä aikavälillä. Kustannusten laskeminen ja hyötyjen mittaaminen on vaikeaa. Ehkäisevään terveydenhuoltoon liittyviin moniin eettisiin ongelmiin ei ole olemassa valmiita vastauksia. Ne muotoutuvat paljolti sillä perusteella, millaisen merkityksen ja arvon ehkäisytoimien kohteena ovat ihmiset antavat terveydelle ja niille toimenpiteille, joilla tavoitteeseen pyritään. Ehkäisevä ter-

veydenhuolto pyrkii puuttumaan sairauden luonnolliseen kulkuun tai estämään sen ilmaantumisen kokonaan mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Varhainen puuttuminen sairauden kulkuun voi olla hyödyllistä esimerkiksi siksi, että näin potilas voi välttyä turhilta kivuilta ja kärsimyksiltä. Usein ehkäisevät toimenpiteet myös säästävät rahaa vähentämällä sairastavuutta myöhemmin elämässä. Toisaalta jos ehkäisevät toimenpiteet ovat tehokkaita, ne voivat pidentää ihmisten elinikää ja täten kasvattaa sekä sosiaali- että terveydenhuollon kustannuksia. Joku voikin kysyä, että miksi joihinkin yksilöihin käytetään niin paljon sosiaali- ja terveydenhuollon resursseja, ensin lapsena ennaltaehkäisevin toimenpitein ja sitten vielä tukitoimin vanhuudessa, kun he ehkäisevän terveydenhuollon toimien avulla elävätkin pidempään?

Kuitenkin jo Suomen lakien mukaan terveydenhuollon ammattihenkilönä tehtävänäni on lasten terveyden edistäminen. Myös monet sopimukset ja suositukset antavat pohjaa työlleni. Tärkeimpänä pidän kuitenkin eettisiä perusteluja työlleni lastemme parhaaksi. Minulle itselleni työni ensisijaisena perusteena on aina lapsen etu. Toimin kaikessa niin, että lapsi saisi mahdollisimman suuren hyödyn toimenpiteistäni. Toisaalta tämä lapsen saama etu kartuttaa myös yhteisön ja yhteiskunnankin etuja. Mahdollisimman hyvinvoivat oppilaat esimerkiksi oppivat paremmin, käyttävät vähemmän terveystalvveluja, aiheuttavat vähemmän kustannuksia nyt ja tulevaisuudessa. Olen mielestäni alani asiantuntija suhteessa siihen, mikä on lapsen etu ja hänen parhaakseen, mutta joskus tälle toiminnalle tulee esteitä esimerkiksi resurssien puutteen ta johtuen. Aikaa ehkäisevään terveydenhuoltoon ja esimerkiksi lapsen lihavuuden hoitoon on aivan liian vähän. Tarvitaankin priorisointia eli asioiden asettamista tärkeysjärjestykseen. On syytä suunnata voimavaroja niihin lapsiin, jotka niitä eniten tarvitsevat esimerkiksi ylipainoisien ja lihaviiden lapsien elintapaohjaukseen kannatta käyttää enemmän aikaa kuin normaalipainoisten lasten ohjaukseen.

Joskus kuitenkin lapsen vanhemmat saattavat olla esteenä pyrkimyksilleni lapsen edun valvonnassa, kun he esimerkiksi kieltävät puuttumasta lapsensa lihavuuteen. Tällaiset seikat aiheuttavat eettistä ahdistusta. Toisaalta tietäisin, mitä pitää tehdä ja miten, jotta lapsi saisi kaiken mahdollisen edun terveyteensä liittyen, mutta kun en voi toimia niin kuin itse haluaisin, koska lapsi on osa perhettään ja minä osa organi-

saatiotani. Myös näiden molempien tahojen etua on ajateltava työssäni kouluterveydenhoitajana. Mutta tiedänpö minä oikeastaan, mitä lapsi tarvitsee, jos hän on vaikka lihava? Meille terveysalan ihmisille on usein liiankin selvää, että me tiedämme, mitä asiakas tarvitsee. Olemme heti tehokkaina toimimassa, kun esimerkiksi seulonnoissa löytyy normaalista poikkeavaa. Kysymmekö edes, että haluaako asiakas kuunnella, kun aloitamme elintapaohjauksen? Puhummeko ”kuuroille korville”, kun asiakas ei koe edes tarvetta puuttumiseen esimerkiksi hänen mittoihinsa? Otammeko riittävästi huomioon asiakkaan arvot vai toimimmeko vain omien arvojemme kuten esimerkiksi terveyden arvostamisen ohjaamina?

Kun kyseessä on lapsiasiakas, on kuitenkin mielestäni eettisesti oikein antaa elintapaohjausta, vaikka lapsi koe sille tarvetta, vaikka mittaustulokset niin näyttävätkin. Lapsi ei pysty arvioimaan sillä hetkellä tilannettaan mahdollisen sairauden suhteen esimerkiksi kahdenkymmenen vuoden kuluttua. Pikemminkin olisi eettisesti väärin jättää tilaisuus käyttämättä, koska meillä on tietoa, josta lapsi saattaisi hyötyä välittömästi ja tulevaisuudessakin. Esimerkiksi Lasten lihavuuden Käypä hoito suositusta ei voi ajatella vain suosituksena, koska se perustuu parhaaseen mahdolliseen saatavilla olevaan tutkittuun tietoon. Näin sen käyttö lapsen lihavuuden hoidon työvälineenä on täysin perusteltua myös eettisesti.

Suomen tulevaisuuden uhkana on työvoimapula, kun suuret ikäluokat jäävät eläkkeelle. Silloin tarvitaan kaikkien työikäisten kansalaisten työpanosta. Jos lapsemme voivat jo tänään huonosti, voivat he todennäköisesti huonosti myös tulevaisuudessa. Jo nyt olen huolestuneena seurannut lihavien lasten liikkumista ja liikuntakykyä. Jos he eivät jaksakaan alle kymmenvuotiaana nousta portaita, niin miten he edes jaksavat seistä pystyasennossa kun ovat työikäisiä? Ehkä tältä sektorilta löytyvät myös uskottavat euromääräiset perustelut työlleni, jos pelkkä eettinen perustelu ei riitä? Kun osaisin osoittaa lasten terveyden edistämistoiminnan taloudellisen hyödyn verrattuna mahdollisiin kustannuksiin, joita esimerkiksi diabetes ja tukielinsairaudet aiheuttavat, voisivat myös muutkin tahot olla vakuuttuneita, että lapsissa on tulevaisuus ja heidän terveyteensä kannattaa panostaa. Työtäni kouluterveydenhoitajana ohjaa jatkossakin arvostamani arkkiatri Arvo Ylpön (27.10.1887 - 28.1.1992) sanoma: ”Lapsissa on maamme tulevaisuus!”

LÄHTEET

Aapro, S., Karjalainen K-M., Hyvönen K. & Hämäläinen A. 2006. Lasten ylipaino, lihavuus ja alipaino Etelä-Karjalassa vuonna 2005. Etelä-Suomen lääninhallituksen julkaisuja 2/2006. Kouvola: Etelä-Suomen lääninhallitus.

Anttila, P. 2005. Ilmaisuu, teos, tekeminen ja tutkiva toiminta. Tallinna: AS Pakett.

Anttila, P. 2006. Tutkiva toiminta ja ilmaisuus, teos, tekeminen. Artefakta 16. Hamina: Akatiimi Oy.

Anttila, P. 2007. Realistinen evaluaatio ja tuloksellinen kehittämistyö. Artefakta 19. Hamina: Akatiimi Oy.

Aromaa A., Koskinen S. & Huttunen J. 1997. Suomalaisten terveys 1996. Kansanterveyslaitos ja sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki: Oy Edita Ab.

Dietz, W.H. & Gortmaker, S. L. 2001. Preventing obesity in children and adolescents. Annu. Rev. Public health Vol 22, 337 – 353.

Epstein, L.H., Gordy, C.C., Raynor, H.A., Beddome, M, Kilanowski, C.K. & Paluch, R.A. 2001. Increasing Fruit and Vegetable Intake and Decreasing Fat and Sugar Intake in Families at Risk for Childhood Obesity Sex differences in obese children and siblings in family-based obesity treatment. Obesity, Res. [verkkolehti], Vol 9, N:o3 [viitattu 2.12.2007]. Saatavilla: <http://www.nature.com/oby/journal/v9/n3/full/oby200118a.html>

Eriksson, E. & Arnkil, T. 2005. Huoli puheeksi. Opas varhaisista dialogeista. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.

Flick, U. 1998. An Introduction to Qualitative Research. London: Sage.

Fogelholm, M. 2001. Ratkaisuja ravitsemukseen.

Fogelholm, M. 2005a. Lihavuus ja kehon koostumus. Teoksessa Fogelholm, M. & Vuori, I. (toim.) Terveysliikunta. Fyysinen aktiivisuus terveyden edistämiseksi. Jyväskylä: Kustannus Oy Duodecim, UKK - instituutti, 82 – 92.

Fogelholm, M. 2005b. Lapset ja nuoret. Teoksessa Fogelholm, M. & Vuori, I. (toim.) Terveysliikunta. Fyysinen aktiivisuus terveyden edistämiseksi. Jyväskylä: Kustannus Oy Duodecim. UKK instituutti, 159 – 170.

Freedman, DS., Dietz, WH., Srinivasan, SR. & Berenson, GS. 1999. The relation of overweight to cardiovascular risk factors among children and adolescents: the Bogalusa Heart Study. Pediatrics, Vol 103, 1175-1182.

Fuentes, RM., Notkola, IL., Shemeikka, S., Tuomilehto, J. & Nissinen, A. 2003. Tracking of body mass index during childhood: a 15-year prospective population-

based family study in eastern Finland. *International Journal of Obesity. Relat Metab Disord* [verkkolehti], Vol 27, N:o 27, 716 – 721. [viitattu 8.3.2009]. Saatavissa: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12833116>

Haapa, E. & Pölönen, A. 2002. Ravitsemushoito kehittyvässä palvelujärjestelmässä. [online]. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2001:14. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. [Viitattu 20.7.2006]. Saatavissa: [URL:http://pre20031103.stm.fi/suomi/eho/julkaisut/ravitsemushoito/ravhoito.pdf](http://pre20031103.stm.fi/suomi/eho/julkaisut/ravitsemushoito/ravhoito.pdf)

Haarala, P., Honkanen, H., Mellin, O – K. & Tervaskanto – Mäentausta, T. 2008. Terveystenhoitajan osaaminen. Helsinki: Edita Prima.

Hakala, P. 1998. Ravinto ja lihavuus. Teoksessa Fogelholm, M., Mustajoki, P., Rissanen, A. & Uusitupa, M. (toim.) Lihavuus. Ongelma ja hoito. Helsinki: Duodecim, 53 – 59.

Hasunen K, Kalavainen M., Keinonen H., Lagström H., Lyytikäinen A., Nurttila A., Peltola T. & Talvia S. 2004. Lapsi, perhe ja ruoka. Imeväis- ja leikki-ikäisten lasten, odottavien ja imettävien äitien ravitsemussuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2004:11. Helsinki.

He, Q. & Karlberg, J. 1999. Prediction of adult overweight during the pediatric years. *Pediatric Res.* Vol 46, 697-703.

Heikkilä, M., Kautto, M. & Teperi, J. 2005. Julkinen hyvinvointivastuu sosiaali- ja terveydenhuollossa. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 5/2005. [online] Helsinki: Valtioneuvoston kanslia. [Viitattu 24.7.2006]. Saatavissa: <http://www.vnk.fi/julkaisukansio/2005/j05julkinenhyvinvointivastuu/fi.jsp>

Janson, A. & Danielsson, P. 2005. Painonsa arvoiset. Lasten ylipainosta vanhemmille ja ammattilaisille. Helsinki: Edita Prima Oy.

Julkunen, I., Strandell, H. & Kangas, H. (toim.) 2000. Kunnon elämä...olisi hyvä olla jossain. HELSA -projektin arviointitutkimus. Helsinki: Helsingin yliopisto.

Jämsä, K. & Manninen, E. 2000. Osaamisen tuotteistaminen sosiaali- ja terveysalalla. Vantaa: Tummavuoren kirjapaino Oy.

Järnblad, G. 2006. Lihavuuden mitta- nyt myös lapsille ja nuorille. Nestle´ Nutrition forum. Lasten ravitsemuksesta asiantuntijoille (1), 4 – 11.

Kangaspunta, R., Kilkku, N., Kaltiala-Heino, R. & Punamäki, R-L. 2005. Lapsiperheiden psykososiaalinen tukeminen. Pirkanmaan mielenterveystyön hankkeen Peruspalvelutiimi- ja perheen hyvinvointineuvola- projektin loppuraportti 2002-2004. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 1/2005.

Kansanterveyslaitos 2005. Sydän ja verisuonisairauksien ja diabeteksen asiantuntijaryhmän raportti. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 10/2005. Helsinki: Kansanterveyslaitos. Epidemiologian ja terveyden edistämisen osasto.

Kansanterveyslaitos 2006. Käypä hoito – suositukset. [online]. Helsinki: KTL. [Viitattu 22.3.2007]. Saatavissa:

http://www.ktl.fi/portal/suomi/osiot/tietoa_terveydesta/elintavat/ravitsemus/suositukset_ja_toimenpideohjelmat/kaypa_hoito_-_suositukset/

Karjalainen, S. 2004. Nykykäytäntöön pohjautuvasta yksilöhoidosta tehostettuun ryhmähoitoon: lasten lihavuuden yksilö- ja ryhmähoidon kustannusvaikuttavuus. Pro gradu-tutkielma. Kuopio: Kuopion yliopisto.

Kasanen, E., Lukka, K. & Siitonen, A. 1991. Konstruktivistinen tutkimusote liiketaloustieteessä. Teoksessa Honko, J., Kettunen, P. & Lerviks, A – E. (toim.) Liiketalouden Aikakausikirja. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy, 302 – 327.

Kauppinen, M. 2001. Mahtavat muksut -perheryhmän onnistuminen perheiden arvioimana. Pro gradu –tutkielman tiivistelmä. [online]. [Viitattu 2.2.2009] Saatavissa: http://www.uku.fi/klravi/Tiivistelmat_K.htm

Kautiainen, S. 2004. Lasten painotrendit ja niihin liittyvät terveysuhat. Terve koulu-ympäristö – koululaisten ravitsemus ja suun terveys. Seminaari 9.12.2003. [online] Sosiaali – ja terveysministeriön monisteita 2004:14. [Viitattu 19.9.2005]. Saatavissa: <http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2004/09/pr1096015775007/passthru.pdf>

Kautiainen, S. 2008. Overweight and obesity in adolescence – secular trends and associations with perceived weight, sociodemographic factors and screen time. [online]. Tampere: University of Tampere. [Viitattu 12.12.2008]. Saatavissa: <http://acta.uta.fi/pdf/978-951-44-7445-3.pdf>

Kettunen, T., Liimatainen, L. & Poskiparta, M. 1996. Terveyskasvatus arjen neuvontatyössä. Helsinki: Kirjayhtymä.

Kiviranta, M. 2007. Ylipainoisten 7 - 9 -vuotiaiden lasten Mahtavat Muksut ryhmämuotoinen painonhallintaohjelma. [online]. Kuopio: Kuopion yliopisto. [Viitattu 3.7.2008]. Saatavissa: http://www.uku.fi/klravi/Tiivistelmat_K.htm

Kokko, R – T. & Koskimies, M. 2007. Ennakointidialogit moniammatillisena yhteistyömuotona. Stakes. raportteja 17/2007. Helsinki: Valopaino Oy.

Korhonen, A – L., Kalavainen, M., Ihalainen, M. & Nuutinen, O. 1999. Mahtavat muksut: ratkaisuja lihavan lapsen hoitoon. Ravitsemusterapeuttinen yhdistys ry. Helsinki: Dieettimedia.

Korpimäki, T. 2006. Lasten painonhallintaohjaus terveyttä ja hyvinvointia edistävänä toimintana. Pro-gradu -tutkielma. Kuopio: Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Kukkonen – Harjula, K. 2005. Metabolinen oireyhtymä ja tyypin 2 diabetes. Teoksessa Fogelholm, M. & Vuori, I. (toim.) Terveysliikunta. Fyysinen aktiivisuus terveyden edistämisessä. Jyväskylä: Kustannus Oy Duodecim, 93 -103.

Kuopion yliopisto. 2007. Lasten liikunta- ja ravitsemustutkimus. [online]. Kuopio: Kuopion yliopisto. [Viitattu 12.1.2009]. Saatavissa: <http://www.uku.fi/yliopistolehti/arkisto/0307/ajankohtaista.shtml>

Kuula, A. 2000. Toimintatutkimus. Kenttätyötä ja muutospyrkimyksiä. Tampere: Vastapaino.

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: Wsoy.

Lahti – Koski, M. 2005. Lihavuus. Teoksessa Aromaa, A., Huttunen, J., Koskinen, S. & Teperi, J. (toim.) Suomalaisten terveys. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 95 - 98.

Laitinen, J. & Sovio, U. 2005. Nuorten lihavuuden kehityssuunnat. Tuloksia Pohjois-Suomessa vuonna 1966 ja 1986 syntyneiden tutkimuksesta. Suomen Lääkärilehti 42, 4231-4235.

Laseri – Lasten Sepelvaltimotaudin Riskitekijät tutkimus. 2008.[online]. Turku: Turun yliopisto. [Viitattu 13.3.2009]. Saatavissa: <http://vanha.med.utu.fi/cardio/youngfinnsstudy/finnish.html>

Lasten hyvinvointihanke – HYVIS. 2009. [online]. Pori: Porin kaupunki. [Viitattu 1.3.2009]. Saatavissa: <http://www.pori.fi/ter/hyvis/>

Luoteis-Satakunnan kansanterveystyön kuntayhtymä 2007. Talousarvio 2008 ja Taloussuunnitelma 2009 – 2010.

Mai, XM., Nilsson, L., Axelson, O. ym. 2003. High body mass index, asthma and allergy in Swedish schoolchildren participating in the International Study of Asthma and Allergies in Childhood: Phase II. Acta Paediatrica 92:1144-1148.

Mikkilä, V. 2008. Diet and the development of atherosclerosis: a whole-diet approach from childhood to adulthood. [online]. Helsinki: Helsingin yliopisto. [Viitattu 10.3.2009]. Saatavissa: <https://oa.doria.fi/bitstream/handle/10024/38343/dietandt.pdf?sequence=1>

Must, A. & Strauss, R. S. 1999. Risk and consequences of childhood and adolescent obesity. International Journal Obesity. [verkkolehti], Vol 23 (2), 2-11. [viitattu 12.3.2009]. Saatavissa: <http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=1767694>

Mustajoki, P. 2003. Miten potilas motivoituu hoitonsa aktiiviseksi osapuoleksi? Suomen lääkäri-lehti 42, 35 – 42.

Mustajoki, P. & Lappalainen, R. 2001. Painonhallinta. Ohjaajan opas. Hämeenlinna: Duodecim.

Muurinen, E. & Surakka, T. 2001. Lasten ja nuorten hoitotyö. Helsinki: Kustannus-osakeyhtiö Tammi.

Myllykangas, M. & Ryyänen, O-P. 2006. Terveysthuollon priorisoinnin etiikasta. [online]. Helsinki. [Viitattu 22.3.2007]. Saatavissa:

<http://www.kantti.net/ohjelmasarjat/terveys sosiologia/artikkelit/a2.shtml>

Mäki P., Laatikainen, T., Koponen, P., Hakulinen-Viitanen, T. & LATE-työryhmä. 2008. Lasten ja nuorten terveysseurannan kehittäminen. LATE-hanke. Helsinki: Kansanterveyslaitos. Terveysten edistämisen ja kroonisten tautien ehkäisyn osasto Kroonisten tautien ehkäisyn yksikkö.

Niemi, E. 2008. Ylilääkäri, Satakunnan Keskussairaala. Pori, Henkilökohtainen tiedonanto 18.9.2008.

Niirikoski, H., Lagstrom, H., Jokinen, E., Siltala, M., Ronnema, T., Viikari, J., Raitakari, O.T., Jula, A., Marniemi, J., Nanto-Salonen, K. & Simell, O. 2007. Impact of Dietary Counseling Between Infancy and Age 14 Years on Serum Lipids. Pro-Cor.[online]. [Viitattu 3.1.2009] Saatavissa

http://www.procor.org/globaldialogue/globaldialogue_show.htm?doc_id=725050

Nooteboom, B. 2000. Learning and Innovation in Organizations and Economics. Oxford:Oxford University Press.

Nupponen, R. 2003: Ravitsemuskasvatus lapsiperheessä. Teoksessa Fogelholm, M. (toim.) Ratkaisuja ravitsemukseen - ravitsemuskasvatus ja elämäntapa. Tampere: Tammer-Paino Oy, 33-50.

Nuutinen, O.1992. Long-term weight reduction in obese children. Kuopio University Publications D. Medical Sciences 11. Kuopio: Kuopio University Printing Office.

Nuutinen, O. 1995. Lapsuusiän lihavuuden hoito kannattaa. Suomen Lääkärilehti N:o 11, 1265.

Nuutinen O. 1998. Lasten lihavuus. Teoksessa Fogelholm, M., Mustajoki, P., Rissanen, A. & Uusitupa, M. (toim.) Lihavuus – ongelma ja hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Nuutinen, M. & Nuutinen, O. 2001. Lapsuusiän lihavuus lisää sepelvaltimo-taudin vaaraa. Duodecim 117 (13), 1356-1362.

Oikarinen, K. 2006. Terveystuotokuvamittari kouluterveydenhoitajan työhön - Mittarin kehittäminen ja arviointi. Väitöskirja. Rovaniemi: Lapin yliopisto.

Okkonen, T. 2004. Lapsen terveystietämyksiä lapsen terveyden yhteistoiminnalliseen edistämiseen. [online] Kuopio: Yhteiskuntatieteet 112. Kuopion yliopisto.[Viitattu 25.2.2009]. Saatavissa: <http://www.uku.fi/vaitokset/2004/ISBN951-781-951-Xtokkonen.htm>

Opetusministeriö & Nuori Suomi 2008. Fyysisen aktiivisuuden suositus kouluikäisille 7 – 18 –vuotiaille. Helsinki: Opetusministeriö & Nuori Suomi.

Painokas – projekti 2006-2008. [online]. Turku: Turun kaupunki. [Viitattu 7.1.2009]. Saatavissa: <http://www.painokas.fi/>

Pelkonen, M. & Hakulinen, T. 2002. Voimavaroja vahvistava malli perhehoitotyöhön. Hoitotiede 14, 203-212.

Pietilä, A-M. & Häggman – Laitila, A. 2002. Kohti terveyttä edistävän hoitotyön vaikuttavuuden arviointia: empiirinen esimerkki perheinterventiosta. Teoksessa Koivisto, T., Muurinen, S., Peiponen, A. & Rajalahti, E. Hoitotyön vuosikirja 2003. Terveyden edistäminen. Tampere: Tammer-Paino Oy, 35-50.

Pietinen, P. 2005. Ruoankäyttö ja ravinnonsaanti. Teoksessa Aromaa, A., Huttunen, J., Koskinen, S. & Teperi, J. (toim.) Suomalaisten terveys. Saarijärvi: Kustannus Oy Duodecim. Kansanterveyslaitos. STAKES, 73 – 77.

Poskiparta, M. 1997. Terveysneuvonta, oppimaan oppimista: Videotallenteet hoitajien terveysneuvonnan ilmentäjinä ja vuorovaikutustaitojen kehittämismenetelmänä. Jyväskylä.

Poskiparta, M. 2002. Neuvonnan keinoin kohti terveyskäyttäytymisen muutosta. Teoksessa Torkkola, S. (toim.) Terveysviestintä. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 25 – 29.

Raatikainen, R. 2003. Terveyden edistämisen tieteelliset lähtökohdat hoitotieteellisestä näkökulmasta. Teoksessa Koivisto, T., Muurinen, S., Peiponen, A. & Rajalahti, E. Hoitotyön vuosikirja 2003. Terveyden edistäminen. Tampere: Tammer-Paino Oy, 9-24.

Rajantie, J. & Perheentupa, J. 2005. Lasten terveys. Teoksessa Aromaa, A., Huttunen, J., Koskinen, S. & Teperi, J. (toim.) Suomalaisten terveys. Saarijärvi: Kustannus Oy Duodecim, Kansanterveyslaitos, STAKES, 299 – 306.

Rimpelä, A., Rainio, S., Pere, L., Saarni, L., Kautiainen, S., Kaltiala-Heino, R-K., Lintonen, T. & Rimpelä, M. 2004. Suomalaisten nuorten terveys 1977–2003. Suomen Lääkärilehti 44, 4229–4235.

Rissanen, A. 1998. Lihavuus suomessa. Teoksessa Fogelholm, M., Mustajoki, P., Rissanen, A. & Uusitupa, M. (toim.) Lihavuus. Ongelma ja hoito. Jyväskylä: Duodecim, 12 -18.

Rissanen, P., Pitkänen, S. & Arnkil, R. 2003. Just on Time. Main findings of an assessment of the effects of the Finnish Workplace Development Programme projects. Helsinki.

Robinson, TN. 1999a. Behavioural treatment of childhood and adolescent obesity. International Journal of Obesity [verkkolehti], Vol 23, N:o 23, 52 – 57. [viitattu 2.3.2009]. Saatavissa: <http://www.nature.com/ijo/journal/v23/n2s/abs/0800860a.html>

Ryytänen, O-P., Myllykangas, M., Kinnunen, J., Isomäki, V.-P. & Takala, J. 1999. Terveyden ja sairauden valinnat. Helsinki: Kuopion yliopisto.

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto [online]. Tampere : Yhteiskuntatieteellinen tietovarasto. [Viitattu 1.3.2009]. Saatavissa: <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/>

Saha, M.-T., Keskinen, P., Veijola, R. & Tapanainen, P. 2003. Uhkaako tyypin 2 diabetes myös suomalaisia lapsia? Duodecim N:o 119, 1419-1423.

SAMK opetussuunnitelma 2008 – 2009. [online]. Pori: Satakunnan ammattikorkeakoulu. [Viitattu 1.3.2009]. Saatavissa: **Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.**

Sihvola S. 2000. Terveyskeskustelu kouluuntulotarkastuksessa. Väitöskirja. Acta Universitatis Tamperensis 751. Tampere: Tampereen yliopisto.

Sosiaali- terveysministeriö 2001. Valtioneuvoston periaatepäättös Terveys 2015-kansanterveysohjelmasta. Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisuja 2001:4. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2004a. Lastenneuvola lapsiperheiden tukena. Suunta- viivat lastenneuvolatoiminnan järjestämiseen kunnille. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2004:13. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2004b. Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimitaohjelman 2004 – 2007. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2003:20. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2008a. Valtioneuvoston periaatepäättös terveyttä edistävän liikunnan ja ravinnon kehittämislinjoista. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2008:10. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2008b. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2008–2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:6. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Sosiaali- ja terveysministeriö & Stakes 2002. Kouluterveydenhuolto 2002 – Opas kouluterveydenhuollolle, peruskouluille ja kunnille. Oppaita 51. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö ja Stakes.

Stigman, S. 2006. Lasten liikunta ja paino. Terveysliikunnan tutkimusuutiset. [verkkolehti]. [Viitattu 12.11.2007]. Saatavissa: <http://www.ukkinstituutti.fi/upload/4aqt0ws4.pdf>

Story, M. 1999. School-based approaches for preventing and treating obesity. International Journal of Obesity. [verkkolehti], Vol 23, 43- 51. [viitattu 1.2.2009]. Saatavissa: <http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=1766782>

Strid, O. 1999. Viisivuotistarkastuksesta kuudennelle luokalle. Lastenneuvola ja kouluterveydenhuolto lapsen vaikeuksien havaitsijana ja auttajana. Stakes aiheita 16/1999. Helsinki: Stakes.

Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2005. Lasten lihavuus – Käypä hoito suositus. [online]. [Viitattu 10.12.2005]. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi/pls/kh/kh_julkaisu.NaytaArtikkeli?p_artikkeli=hoi50034

Suomalainen Lääkäriseura Duodecim ja Suomen Akatemia 2005. Konsensuslausuma. Lihavuus – painavaa asiaa painosta 26.10.2005. [online]. [Viitattu 21.1.2006]. Saatavissa: <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo95385.pdf>

Suomen Diabetesliitto ry 2003. Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelma 2003 – 2010. Tiivistelmä.[online]. [Viitattu 1.11.2008] Saatavissa: http://www.diabetes.fi/tiedoston_katsominen.php/?dok.id=39

Suomen Sydänliitto ry 2009a. Neuvokas perhe – ohjelma. [online]. [Viitattu 2.2.2009]. Saatavissa: http://www.sydanliitto.fi/kaikki_sydamesta/ravinto/fi_FI/neuvokasperhe/

Suomen Sydänliitto ry 2009b. Sydän terveyttä edistävä ravitsemussuositus. [online]. [Viitattu 2.2.2009]. Saatavissa: http://www.sydanliitto.fi/kaikki_sydamesta/ravinto/fi_FI/sydanliiton_ravitsemussuositus/

Suomen terveydenhoitajaliitto ry. Terveystenhoitaja. [online]. [Viitattu 22.2.2006]. Saatavissa: <http://www.terveydenhoitajaliitto.fi/index.php?mid=74>

Sääkslahti S. 2005. Liikuntaintervention vaikutus 3 – 7 vuotiaiden lasten fyysiseen aktiivisuuteen ja motorisiin taitoihin sekä fyysisen aktiivisuuden yhteys sydän- ja verisuonitautien riskitekijöihin. Väitöskirja. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.

Taajamo, T., Soine-Rajanummi, S. & Järvinen, R. 2005. Kehittykö moniammatillisuus? Raportti Päijät-Hämeen hyvinvointineuvolahankkeen kehittämistyöstä. Lahti: Päijät-Hämeen ja Itä-Uudenmaan sosiaalialan osaamiskeskus.

Terho, P. 2000. Kouluterveydenhuollon tavoitteet ja merkitys. Teoksessa Terho, P., Ala-Laurila, E-L., Laakso, J., Krogius, H. & Pietikäinen, M. (toim.) Kouluterveydenhuolto. Jyväskylä: Duodecim, 32 – 36.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2008. Tervehet Mukulat – tulevaisuutemme voimavara. Kansanterveyslehti. [verkkolehti]. N:o 7 [Viitattu 13.2.2009]. Saatavissa: http://www.ktl.fi/portal/suomi/julkaisut/kansanterveyslehti/lehdet_2008/nro_7_2008/tervehet_mukulat_tulevaisuutemme_voimavara/

The university of York. 2002. The prevention and treatment of childhood obesity. . Effective health care. [verkkolehti] Vol 7, N:o 6 [viitattu 5.2.2008]. Saatavissa: <http://www.york.ac.uk/inst/crd/EHC/ehc76.pdf>

Ukkola, O. 2002. Onko lihavuus geeneissä? Diabetes ja lääkäri, N:o 2. [online]. [Viitattu 3.1.2009]. Saatavissa: http://www.diabetes.fi/sivu.php?artikkeli_id=453

Valtioneuvosto 2007a. Valtioneuvoston periaatepäätös Lasten, nuorten ja perheiden hyvinvointipolitiikasta. [online]. [Viitattu 2.2.2009]. Saatavissa: http://www.valtioneuvosto.fi/toiminta/politiikkaohjelmat/lapset/ohjelman-sisaeltie/HPO_Lapset_HSA2007.pdf

Valtioneuvosto 2007b. Terveystiedon edistämisen politiikkaohjelma. [online] [Viitattu 2.2.2009]. Saatavissa:

<http://www.vn.fi/toiminta/politiikkaohjelmat/terveys/ohjelman-sisaeltoe/fi.pdf>

Valtion ravitsemusneuvottelukunta. 2005. Suomalaiset ravitsemussuosituksien – ravinto ja liikunta tasapainoon. Valtion ravitsemusneuvottelukunta. Helsinki: Edita Prima Oy.

Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2008. Juomat ravitsemuksessa. Valtion ravitsemusneuvottelukunnan raportti. Helsinki: Valtion ravitsemusneuvottelukunta.

Virtanen, P. 2007. Arviointi. Arviointitiedon luonne, tuottaminen ja hyödyntäminen. Helsinki: Edita Prima Oy.

Virtuaaliammattikorkeakoulu 2009. Ylemmän AMK-tutkinnon metodifoorumi. [online]. [Viitattu 1.3.2009]. Saatavissa:

<https://moodle.samk.fi/moodle/mod/resource/view.php?id=11680>

Vuolle, P. 2000. Liikunnan merkitys rakentuu elämäntavalla. Teoksessa Miettinen, M. (toim.) Haasteena huomisen hyvinvointi – miten liikunta lisää mahdollisuuksia. Liikunnan yhteiskunnallinen perustelu II tutkimuskatsaus. Liikunnan ja kansanterveyden julkaisuja 124. Jyväskylä: Liikunnan ja kansanterveyden edistämissäätiö (LIKES), Opetusministeriön kulttuuripolitiikan liikuntayksikkö, 23 – 46.

Vuori, I. 2002. Tehokas ja turvallinen terveysliikunta. Teoksessa: Ruuskanen, E. (toim.) Opetusministeriö. Kunnossa kaiken ikää –ohjelma. Tampere: UKK - instituutti. Sosiaali- ja terveysministeriö.

Vuori, I. 2003. Lisää liikuntaa! Helsinki: Edita Prima Oy.

Välimaa R. 2000a. Nuorten koettu terveys kyselyaineistojen ja ryhmähaastattelujen valossa. Nuorisotutkimus 1/2000.

Vänskä, K. 2000. Jaettu asiantuntijuus – näkökulmia terveysneuvonnan ohjauskeskusteluun. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto. Terveystieteiden laitos.

WHO 2005. WHO:n maailmanlaajuinen strategia. Ravinto, liikunta ja terveys. Savion kirjapaino Oy.

Williams, J., Wake, M., Hesketh, K., Maher, E. & Waters, E. 2005. Health-related quality of life of overweight and obese children. JAMA[verkkolehti] Vol 293,70-76. [viitattu 21.11.2008]. Saatavissa: <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/full/293/1/70>

Övretveit, J. 1994. Moniammatillisen yhteistyön opas. Helsinki: Sairaanhoidajien koulutussäätiö.

LIITELUETTELO:

LIITE 1 Tutkimuslupa-anomus

LIITE 2 Elintapaohjausmallin kutsu

LIITE 3 Elintapaohjausmallin esite

LIITE 4 ”Elämäntavat” – kyselylomake

LIITE 5 Luentokutsu

LIITE 6 Luennon arviointilomake

LIITE 7 Kunniakirja

LIITE 8 Elintapaohjausmallin arviointilomake

Mirja Isoviita

TUTKIMUSLUPA-ANOMUS

22.1.2008

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

Satakunnan sairaanhoitopiiri

Eettinen toimikunta

Sairaalantie 3

28500 PORI

Työskentelen kouluterveydenhoitajana Noormarkussa Luoteis-Satakunnan kansanterveystyön kuntayhtymässä. Tällä hetkellä olen opintovapaalla ja opiskelen Satakunnan ammattikorkeakoulussa sosiaali- ja terveystieteiden Porin yksikössä suorittaen ylempää ammattikorkeakoulututkintoa (lasten ja nuorten terveyden edistäminen). Toimin myös opintovapaani aikana Luoteis-Satakunnan Kansanterveystyön kuntayhtymän edustajana HYVIS -hankkeen (Porin yhteistoiminta-alueen lasten ja nuorten terveyden edistämishanke) projektiryhmän jäsenenä.

Opiskeluuni kuuluu tutkimuksellisen opinnäytetyön tekeminen. Tutkimukseni (**”Tehostettu puuttuminen lasten ylipainoon kouluterveydenhuollossa - Perhekeskeisen voimavaraistavan toimintamallin pilotointi”**) tarkoituksena on kehittää kouluterveydenhoitajan työtä. Konkreettisena tavoitteena on kehittää toimintamalli tehostettuun puuttumiseen lapsen ylipainoon kouluterveydenhuollossa. Kohderyhmänä tulee olemaan Noormarkun kunnan Finpyyn koulun 1.-3.lk:n ylipainoiset/lihavat oppilaat (7 - 10-vuotiaat) vanhempineen. Tarkoituksena on hyödyntää jo olemassa olevaa tutkimustietoa ja näyttöä (mm. Lasten lihavuuden Käypä hoito – suositus) uuden toimintamallin suunnittelussa ja toteutuksessa. Tavoitteena on siis käytännön ongelman ratkaiseminen luomalla uusi perhekeskeinen voimavaraistava ja moniammatillinen toimintamalli. Toimintamallin suunnittelun ja toteutuksen lisäksi myös arvioin

LIITE 1(2)

tämän uuden innovaation toteuttamisprosessia seuratakseni toimintani laatua ja kehittääkseni ko. toimintamallia edelleen.

Tutkimuksen lähtökohtien selvittämistä varten (mm. ylipainoisten ja lihavien lasten lukumäärä) tarvitsen tietoja Effica- potilastiedoston kasvukäyriltä. Ko. potilaat (1.-3.-lk:n oppilaat) ovat kaikki jatkossa (aloittaessani työt 3.3.08) asiakkaitani. Pyydän nyt kohteliaimmin lupaa potilastietojen käyttöön vaikka olenkin nyt opintovapaalla.

Tulevaan tutkimukseen (toimintamallin toteutusvaihe) osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja keräämäni aineiston käsittelen luottamuksellisesti. Tutkimukseen osallistujien henkilöllisyys ei tule tutkimuksen missään vaiheessa ilmi.

Pyydän kohteliaimmin lupaa tutkimuksen suorittamiseen.

Opinnäytetyötä ohjaa lehtori KL, Elina Liimatainen - Yläanne puh. [REDACTED]

Mirja Isoviita

LIITTEET: -Tutkimussuunnitelma



TERVEHDYS _____KOTIVÄKI!

Tarkastin tänään _____. kasvun.

Pituus: _____ cm paino: _____ kg

Pituuspainoprosentti: _____ %

Vyötärönympärys: _____ cm

Vyötärönympäryssuositus: _____ : 2 = _____ cm
pituus

Totesimme, että hän kasvaa kauniisti pituutta, mutta pituuden ja painon suhde ylittää normaalipainon rajan (kts. KASVUKÄYRÄ). Lapsenne kasvaa edelleen pituutta, joten hän hoikistuu ajan kuluessa kunhan painon nousu saadaan hidastumaan. ”Laihdutuskuurit” ovat siis kiellettyjä! Painon kertymiseen vaikuttaa moni asia. Usein taustalla on kuitenkin elämäntavat (mm. runsasenerginen ravinto ja liikunnan vähäisyys). Pienilläkin elämäntapamuutoksilla on lapsen terveyden kannalta merkitystä!

Lasten ylipainoisuus on lisääntynyt merkittävästi sekä Suomessa että muissakin länsimaissa. Tutkimusten mukaan ylipainoisista lapsista tulee ikävä kyllä usein myös ylipainoisia aikuisia. Ylipaino saattaa aiheuttaa lapselle myös terveysriskejä (mm. diabetes, sydän- ja verenkiertoelimistön sairaudet) ja kiusaamista sekä sillä on usein myös haitallisia vaikutuksia lapsen itsetuntoon.

Suoritan työni ohessa ylempää ammattikorkeakoulututkintoa (lasten ja nuorten terveyden edistäminen). Olen opiskeluni aikana perehtynyt lasten ylipainoasioihin. Auttaakseni lastanne mahdollisimman hyvin elämäntapamuutosten tiellä olen laatinut uudenlaisen lasten painonhallinnan ohjausmallin. Teillä on nyt mahdollisuus osallistua lapsenne kanssa ohjausmalliin (ohjelma liitteenä) varaamalla aika vastaanotolleni mahdollisimman pian. Jutellaan silloin lisää lapsenne kasvusta ja toimintamallin käytännön to-teutuksista!

Osallistuminen toimintamalliin on täysin vapaaehtoista ja voitte keskeyttää osallistumisenne milloin tahansa. Toivon kuitenkin, että teillä riittäisi intoa ja aikaa osallistumiseen, koska tavoitteena on yhteistyöllä edistää lapsenne terveyttä.

Yhteistyöterveisin: _____

Kouluterveydenhoitaja Mirja Isoviita



Virkeät Vekarat

Aurinkoiset aikuiset

-perhekeskeinen ohjausmalli lasten painonhallintaan-

Tervetuloa mukaan uudenlaiseen lasten painonhallinnan ohjausmalliin!

- Ohjausmalli on tarkoitettu lapselle ja vanhemmille/ vanhemmalle
- Ohjausmalli koostuu sekä yksilö- että ryhmätapaamisista
- Yksilötapaamisissa ohjaajana on oma kouluterveydenhoitaja Mirja Isoviita
- Ryhmätapaamisilla on eri teemoja ja ohjaajana on aina alansa asiantuntija

Ohjausmallin tavoitteena on lasten terveyden edistäminen!

- Pienen pienilläkin elämäntapamuutoksilla on merkitystä.
- Hyvien lapsena opittujen elämäntapojen säilyminen aikuisuuteen edistää myös aikuisiän terveyttä sekä ennaltaehkäisee sairauksia.
- Tavoitteena on perheen voimavarojen lisääminen (mm. tietoa, vinkkejä, vertaistukea...)

Ohjausmallin ohjelmarunko:

KÄYNTI	OHJATTAVA	OHJAAJA	AIKA	PAIKKA
1.Starttikäynti -yksilötapaaminen	Lapsi+ vanhemmat/ vanhempi	Kouluterveyden- hoitaja Mirja Isoviita	vko 15-17, aika sovitaan	Finpyyn koulu- keskus,koulu- terveydenhuolto
2."Maailman tärkeimmäl- le sydämelle"- koululaisen ravitsemusluento	vanhemmat/ vanhempi	Sydänliiton tervey- denhoitaja Kyllicki Naskali	Ma 21.4.2008 Luento klo 18.00	Finpyyn koulu- keskus, ruokala
Suola-sokeri-rasva-näyttely Kouluateria-näyttely	vanhemmat/ vanhempi	Sydänliitto Koulun keittäjät	Luennon yh- teydessä: alk. klo 17.30-	Finpyyn koulu- keskus, ruokala

2. ”Välipalalla on väliä!” -Välipalan valmistusta ryhmässä	Lapset yhdessä	Th Mirja Isoviita	To 24.4.2008 klo 14.15-15.15	Finpyyn koulu- keskus,koulu- terveydenhuolto
4. Perheliikuntaa -ryhmätapaaminen	Lapset + vanhemmat yhdessä	Fysioterapeutti Tuula Myllykoski	Ma 5.5.2008 Klo 18.00	Finpyynkoulun pi- ha/juhlasali (säävaraus)
5. ”Psykologista tukea elämänmuutoksiin” -ryhmätapaaminen	Vanhemmat yhdessä	Koulupsykologi Tiina Mykrä	Ke 21.5.2008 Klo 17.30-18.30	Finpyyn koulu- keskus,koulu- terveydenhuolto
	Lapset yhdessä	Sairaanhoitaja Riina-Maija Säikkö		
6. Yhteenvetokäynti -yksilötapaaminen	Lapsi+ vanhemmat/ vanhempi	Th Mirja Isoviita	vko 22 aika sovi- taan	Finpyyn koulu- keskus,koulu- terveydenhuolto

Mikäli innostuitte ja haluatte olla mukana, soittakaa ja varatkaa aika Starttikäynnille p.040-5821890!



Terveisin: _____

kouluterveydenhoitaja Mirja Isoviita



ELÄMÄNTAVAT KYSELYLOMAKE

ATERIOINTI

1. Mihin kellonaikaan lapsesi syö? Ympäröi lisäksi pääateriat.



__ 6-9 __ 10-12 __ 13-15 __ 16-17 __ 18-20 __ 21-

2. Kuinka usein lapsesi syö seuraavia ruoka-aineita/ruokia?



	Ei lainkaan	Korkeintaan kerran pari kuukaudessa	1-2 kertaa viikossa	3-6 kertaa viikossa	1-2 kertaa päivässä	3 kertaa tai useammin päivässä
Ruisleipä, puurot, muut täys- viljatuotteet						
Pulla, munkit, keksit jne.						
Maito, piimä, viili, maustamaton jogurtti, juusto						
Jäätelö, maustettu jogurtti, vanukas						
Kasvikset, hedelmät, marjat						

Liha, kala,kana, kananmuna						
Makkara, nakit						
Makeiset, suklaa						
Limsa, sokeroitu mehu, energiajuoma, kaakao						
Pikaruoka tai muu naposteltava (hampurilainen, lihapiirakka,pizza, ranskalaiset,sipsit...)						

3. Minkälaista rasvaa perheessänne pääasiassa käytetään?

Leivän päällä _____

Ruuan laitossa _____

4. Kuinka usein perheenne ruokailee yhdessä?

___ei lainkaan ___muutaman ___lähes ___kerran
 kerran viikossa joka päivässä tai
 päivä useammin

5. Mikä on lapsenne janojuoma?

6. Kuinka usein lapsenne harjaa hampaansa?



___silloin tällöin ___muutaman ___kerran ___kaksi kertaa
 kerran viikossa päivässä päivässä

ARKIAKTIIVISUUS- JA LIKUNTATOTTUMUKSET



7. Kuinka usein lapsesi tekee seuraavia asioita?

	Ei lainkaan	muutaman kerran viikossa	lähes päivittäin	1-2 t päivässä	yli 2 t päivässä
Kävelee tai pyöräilee koulumatkat					
Leikkii tai liikkuu ulkona 1.)yksin/ kaverin kanssa 2.)vanhempien kanssa					
Harrastaa ohjattua vapaa-ajan liikuntaa					
Katselee televisiota					
Käyttää viihde-elektroniikkaa (mm. tietokone, pelikonsolit)					



NUKKUMINEN

8. Mihin kellonaikaan lapsesi menee nukkumaan?

arkipäivisin _____ vapaapäivinä _____

9. Laske nukkumaanmeno- ja heräämisajasta montako tuntia lapsesi nukkuu yössä? ____ tuntia

LAPSEN KASVU

10. Mitä mieltä olet lapsesi painosta?

11. Mitä mieltä lapsesi on painostaan?

12. Minkä ajattelet olevan syynä lapsesi ylipainoon?

LAPSEN TERVEYDEN EDISTÄMISEEN LIITTYVÄ TIEDON TARVE

13. Minkälaisia ohjeita tai neuvontaa toivoisit saavasi lapsesi terveyden edistämiseksi?

____Tietoa on jo riittävästi

Haluaisin lisää tietoa:

____Ravitsemuksesta_____

____Liikunnasta_____

____Muusta, mistä?_____



KIITOS!



"MAAILMAN TÄRKEIMMÄLLE SYDÄNELLE!"

KOULULAISEN RAVITSEMUSLUENNOLE

alakoululaisten vanhemmille

- **maanantaina 27.4.08 klo 18.00**
- **Finpyyn koulun ruokalaan**
- **Luennoitsijana Satokunnan sydänpiirin
terveydenhoitaja Kyllikki Naskali**
- **klo 17.30 alk. näyttelypöydät:**
 - rasva-suola-sokeri**
 - kouluruokailu, ruokapalvelu-**
henkilöstön esittelemänä

Järjestäjänä kouluterveydenhuolto

Luento on maksuton





Kouluterveydenhuolto

PALAUTELOMAKE LUENNOSTA 21.4.08

Ympäröi janalta mielipidettäsi parhaiten kuvaava numero.

1. Oliko luennon aihe perheesi kannalta hyödyllinen ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Täysin eri mieltä en osaa sanoa Täysin samaa mieltä

2. Olivatko luennon yhteydessä esillä olevat näyttelypöydät kannaltasi hyödyllisiä?

I-----I-----I

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Täysin eri mieltä en osaa Täysin samaa mieltä

3. Saitko luennosta hyödyllistä tietoa koululaisen ravitsemuksesta?

I-----I

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Täysin eri mieltä en osaa sanoa Täysin samaa mieltä

Merkitse rasti mielipidettäsi parhaiten kuvaavaan kohtaan/kohtiin.

4. Paras tapa välittää vanhemmille tietoa koululaisten hyvinvointiin liittyvistä asioista on:

____asiantuntijaluennot

___terveydenhoitajan ”tietoiskut” koulun vanhempainiltojen yhteydessä

___pienryhmät vanhemmille

___yksilötapaamiset terv.hoitajan vo:lla terveystarkastuksen yhteydessä

___yksilötapaamiset VAIN vanhemmille terv.hoitajan vo:lla

_____jokin muu,mikä?_____

5. Mistä koululaisten hyvinvointiin liittyvistä aihealueista haluaisit saada lisää tietoa?

6. Miten koululaisten terveyden edistämisen toimintaa ja työmuotoja voitaisiin mielestäsi kehittää kouluterveydenhuollossa?

KIITOS AVUSTASI !



KUNNIAKIRJA

Lapsen nimi

-lapsesta välipalanvalmistusryhmässä
otettu valokuva tähän-

on osallistunut innokkaasti
"VIRKEÄT VEKARAT, AURINKOISET AIKUISET"-
elämäntapaohjausmalliin
keväällä 2008



LIIKUNNALLISTA JA TERVETTÄ
KESÄLOMAA !

T: _____

kouluterveydenhoitaja



"VIRKEÄT VEKARAT, AURINKOISET AIKUISET"

-elämäntapaohjauksen arviointikysely vanhemmille

Kysely koskee kevään elämäntapaohjauskäyntejänne (ajalla 9.4. - 30.5.2008)

Vastauksesi ovat tärkeitä ohjauksen kehittämiseksi lasten terveyttä edistäväksi!

- Voit vastata nimettömänä!
- Vastaukset käsitellään luottamuksellisesti ja henkilöllisyytesi ei tule missään vaiheessa esiin.
- Ympäröi mielipidettäsi sopivimmin kuvaava vaihtoehto 1-5 tai kirjoita vastauksesi sille varatuille tyhjille riveille.
- Voit myös jättää vastaamatta kysymyksiin, mikäli et jostain syystä esim.voi arvioida ko. väit-tämää (esim. et osallistunut ryhmäkäynnille tms.).
- Palautatahan täytetyn kyselyn mielellään 1.7.2008 mennessä mukana tulevassa postimerkillä varustetussa kirjekuoressa!

KIITOS VASTAUKSESTASI !

ELÄMÄNTAVAT:

1. Perheemme ruokailee säännöllisesti (4-5x/pv) lähes päivittäin

- 1 harvemmin kuin ennen ohjausta
- 2 yhtä harvoin kuin ennen ohjausta
- 3 vähän useammin kuin ennen ohjausta
- 4 huomattavasti useammin kuin ennen ohjausta
- 5 ruokailimme säännöllisesti jo ennen ohjausta

2. Perheemme ruokailee yhdessä päivittäin tai muutaman kerran viikossa

- 1 harvemmin kuin ennen ohjausta
- 2 yhtä harvoin kuin ennen ohjausta
- 3 vähän useammin kuin ennen ohjausta
- 4 huomattavasti useammin kuin ennen ohjausta
- 5 ruokailimme yhdessä päivittäin tai muutaman kerran viikossa jo ennen ohjausta

3. Perheessämme kiinnitetään huomiota painonhallintaa edistävien elintarvikkeiden hankintaan

- 1 harvemmin kuin ennen ohjausta
- 2 yhtä harvoin kuin ennen ohjausta
- 3 vähän useammin kuin ennen ohjausta
- 4 huomattavasti useammin kuin ennen ohjausta
- 5 kiinnitimme siihen huomiota jo ennen ohjausta

4. Perheessämme kiinnitetään huomiota painonhallintaa edistäviin ruuanvalmistustapoihin

- 1 harvemmin kuin ennen ohjausta
- 2 yhtä harvoin kuin ennen ohjausta
- 3 vähän useammin kuin ennen ohjausta
- 4 huomattavasti useammin kuin ennen ohjausta
- 5 kiinnitimme huomiota ruuanvalmistustapoihimme jo ennen ohjausta

5. Lapseni syö mielestäni terveellisemmin (esim. ravitsemussuosittelun mukaan)

- 1 harvemmin kuin ennen ohjausta
- 2 yhtä harvoin kuin ennen ohjausta
- 3 vähän useammin kuin ennen ohjausta
- 4 huomattavasti useammin kuin ennen ohjausta
- 5 Lapseni söi mielestäni terveellisesti jo ennen ohjausta

6. Lapseni syö aamupalan päivittäin

- 1 harvemmin kuin ennen ohjausta
- 2 yhtä harvoin kuin ennen ohjausta
- 3 vähän useammin kuin ennen ohjausta
- 4 huomattavasti useammin kuin ennen ohjausta
- 5 Lapseni söi aamupalan päivittäin jo ennen ohjausta

7. Lapseni ruokailee säännöllisesti (4-5 kertaa/pv) päivittäin

- 1 harvemmin kuin ennen ohjausta
- 2 yhtä harvoin kuin ennen ohjausta
- 3 vähän useammin kuin ennen ohjausta
- 4 huomattavasti useammin kuin ennen ohjausta
- 5 Lapseni ruokaili päivittäin säännöllisesti jo ennen ohjausta

8. Lapseni osaa syödä sopivan määrän ruokaa aterioilla

- 1 harvemmin kuin ennen ohjausta
- 2 yhtä harvoin kuin ennen ohjausta
- 3 vähän useammin kuin ennen ohjausta
- 4 huomattavasti useammin kuin ennen ohjausta
- 5 Lapseni osasi syödä mielestäni sopivan määrän ruokaa aterioilla jo ennen ohjausta

9. Lapseni syö kasviksia

- 1 harvemmin kuin ennen ohjausta
- 2 yhtä harvoin kuin ennen ohjausta
- 3 vähän useammin kuin ennen ohjausta
- 4 huomattavasti useammin kuin ennen ohjausta
- 5 Lapseni söi kasviksia riittävästi jo ennen ohjausta

10. Lapseni syö hedelmiä ja marjoja

- 1 harvemmin kuin ennen ohjausta
- 2 yhtä harvoin kuin ennen ohjausta
- 3 vähän useammin kuin ennen ohjausta
- 4 huomattavasti useammin kuin ennen ohjausta
- 5 Lapseni söi hedelmiä ja marjoja riittävästi jo ennen ohjausta

11. Lapseni ”napostelea”(syö aterioiden välillä)

- 1 useammin kuin ennen ohjausta
- 2 yhtä usein kuin ennen ohjausta
- 3 vähän harvemmin kuin ennen ohjausta
- 4 huomattavasti harvemmin kuin ennen ohjausta
- 5 Lapseni ”naposteli” mielestäni kohtuudella jo ennen ohjausta

12. Lapseni syö makeita tai suolaisia ”herkkuja”

- 1 useammin kuin ennen ohjausta
- 2 yhtä usein kuin ennen ohjausta
- 3 vähän harvemmin kuin ennen ohjausta
- 4 huomattavasti harvemmin kuin ennen ohjausta
- 5 Lapseni söi ”herkkuja” mielestäni kohtuudella jo ennen ohjausta

13. Lapseni juo virvoitusjuomia, makeita mehuja, kaakaota tai energiajuomaa

- 1 useammin kuin ennen ohjausta
- 2 yhtä usein kuin ennen ohjausta
- 3 vähän harvemmin kuin ennen ohjausta
- 4 huomattavasti harvemmin kuin ennen ohjausta
- 5 Lapseni joi virvoitusjuomia, makeita mehuja, kaakaota tai energiajuomaa mielestäni kohtuudella jo ennen ohjausta

14. Muutin myös omia ruokatottumuksiani terveyttä ja painonhallintaa edistävään suuntaan

- 1 en lainkaan
- 2 jonkin verran
- 3 melko paljon
- 4 paljon
- 5 ruokatottumukseni olivat terveyttä ja painonhallintaa edistäviä jo ennen ohjausta

15. Perheemme liikkuu yhdessä

- 1 harvemmin kuin ennen ohjausta
- 2 yhtä harvoin kuin ennen ohjausta
- 3 vähän useammin kuin ennen ohjausta
- 4 huomattavasti useammin kuin ennen ohjausta
- 5 liikuimme usein yhdessä jo ennen ohjausta

16. Lapseni harrastaa liikuntaa (ohjattu harrastusliikunta)

- 1 harvemmin kuin ennen ohjausta
- 2 yhtä harvoin kuin ennen ohjausta
- 3 vähän useammin kuin ennen ohjausta
- 4 huomattavasti useammin kuin ennen ohjausta
- 5 Lapseni harrasti mielestäni riittävän usein harrasteliikuntaa jo ennen ohjausta

17. Lapseni kävelee tai pyöräilee koulumatkansa (huhti-toukokuussa 2008)

- 1 harvemmin kuin ennen ohjausta
- 2 yhtä harvoin kuin ennen ohjausta
- 3 vähän useammin kuin ennen ohjausta
- 4 huomattavasti useammin kuin ennen ohjausta
- 5 Lapseni käveli tai pyöräili koulumatkansa jo ennen ohjausta

18. Lapseni ”harrastaa” hyötyliikuntaa (esim. käyttää portaita, pelaa tai leikkii pihalla, pyöräilee, hyppii trampoliinilla)

- 1 harvemmin kuin ennen ohjausta
- 2 yhtä harvoin kuin ennen ohjausta
- 3 vähän useammin kuin ennen ohjausta
- 4 huomattavasti useammin kuin ennen ohjausta
- 5 Lapseni ”harrasti” mielestäni hyötyliikuntaa riittävästi jo ennen ohjausta

19. Lapseni innokkuus liikkumiseen on lisääntynyt

- 1 ei lainkaan
- 2 jonkin verran
- 3 melko paljon
- 4 paljon
- 5 Lapseni liikkui innokkaasti jo ennen ohjausta

20. Lapseni on ulkona joka päivä vähintään kaksi tuntia

- 1 harvemmin kuin ennen ohjausta
- 2 yhtä harvoin kuin ennen ohjausta
- 3 vähän useammin kuin ennen ohjausta
- 4 huomattavasti useammin kuin ennen ohjausta
- 5 Lapseni oli ulkona joka päivä vähintään kaksi tuntia jo ennen ohjausta

21. Lapseni katselee televisiota yli kaksi tuntia päivittäin

- 1 useammin kuin ennen ohjausta
- 2 yhtä usein kuin ennen ohjausta
- 3 vähän harvemmin kuin ennen ohjausta
- 4 huomattavasti harvemmin kuin ennen ohjausta
- 5 Lapseni katseli mielestäni sopivasti televisiota päivittäin jo ennen ohjausta

22. Lapseni käyttää viihde-elektroniikkaa päivittäin yli kaksi tuntia (esim. tietokone, pelikoneet)

- 1 useammin kuin ennen ohjausta
- 2 yhtä usein kuin ennen ohjausta
- 3 vähän harvemmin kuin ennen ohjausta
- 4 huomattavasti harvemmin kuin ennen ohjausta
- 5 Lapseni ei käyttänyt viihde-elektroniikkaa päivittäin jo ennen ohjaustakaan

23. Miten tyytyväinen olet saavutettuihin lapsen painonhallintaa tukeviin elämäntapamuutoksiin?

- 1 erittäin tyytymätön
- 2 melko tyytymätön
- 3 en tyytyväinen enkä tyytymätön
- 4 melko tyytyväinen
- 5 erittäin tyytyväinen

Mikäli et ole tyytyväinen lapsen elämäntapamuutoksiin, minkä oletat olevan syynä, ettei muutoksia parempaan ole tapahtunut riittävästi?

Mikäli olet tyytyväinen lapsen elämäntapamuutokseen, minkä oletat olevan syynä, että myönteistä muutosta on tapahtunut?

ELÄMÄNTAPA OHJAUS

Ympäröi janalta mielipidettäsi parhaiten vastaava numero asteikolla 0-10

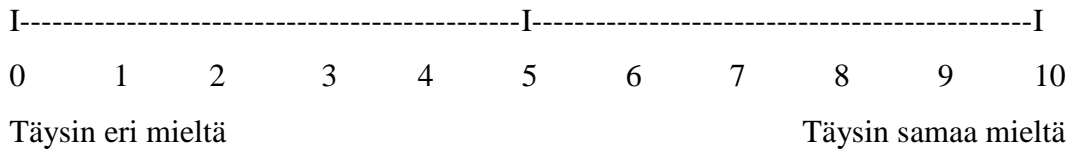
1. Elämäntapaohjauksessa käsitellyt aiheet olivat perheemme kannalta hyödyllisiä

I-----I

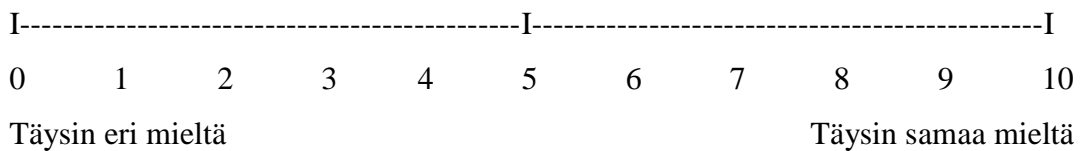
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Täysin eri mieltä en osaa sanoa Täysin samaa mieltä

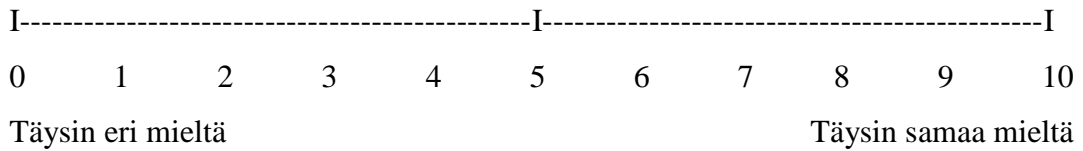
2. Lasten painonhallintaa koskevia asioita käsiteltiin ymmärrettävällä tavalla



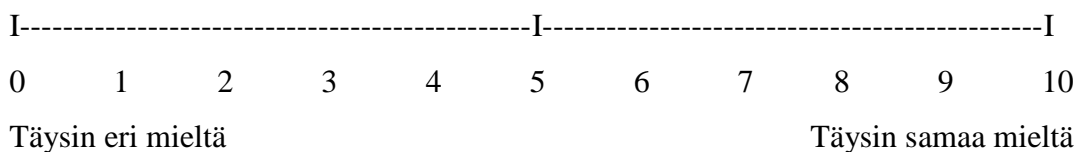
3. Elämäntapaohjaus kannusti perhettämme painonhallintaa tukeviin ravitsemustottumuksiin



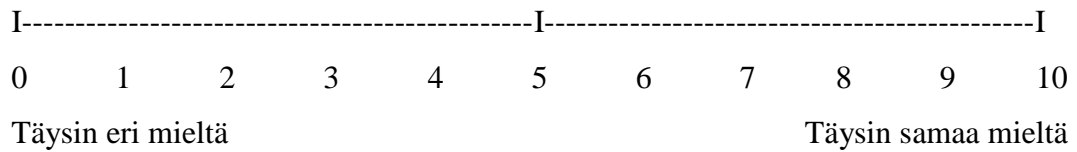
4. Elämäntapaohjaus kannusti perhettämme lisäämään liikuntaa



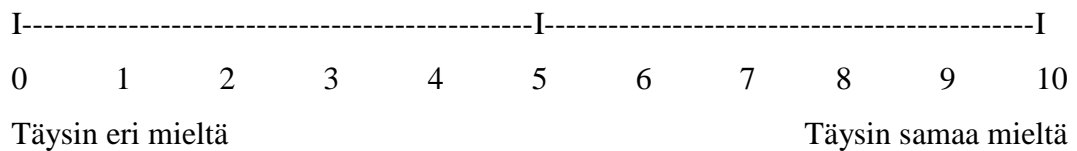
5. Eri asiantuntijoiden (ravitsemusasiantuntija, fysioterapeutti, psykologi, psykiatrinen sairaanhoitaja) käyttö ryhmäohjauksissa oli perheeni kannalta hyödyllistä



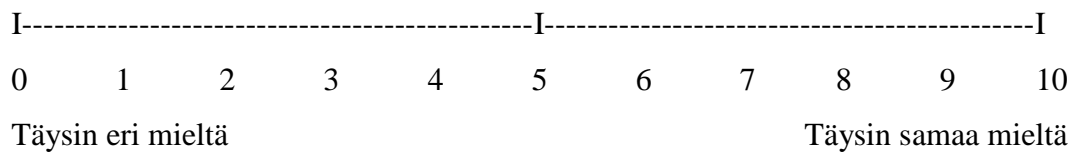
7. Toisten vanhempien tapaaminen elämäntapaohjauksessa auttoi perhettäni lapseni painonhallinnassa



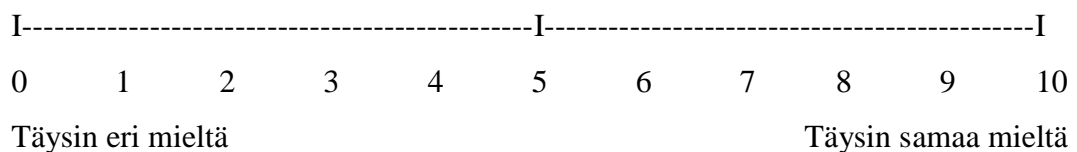
8. Toisten lasten tapaaminen ryhmäohjauksessa auttoi lastani painonhallinnassa



9. Koin osallistumiseni lapseni elämäntapaohjaukseen tärkeänä



10. Lapseni elämäntapaohjaus toteutui mielestäni perheemme ja ohjaajan yhteistyönä



TOIMINTAMALLIN KEHITTÄMINEN

Kirjoita seuraavien kysymysten yhteydessä oleville tyhjille riveille mielipiteesi.

1. Mitä muita aihealueita olisit halunnut käsiteltävän ohjauksessa?

2. Miten painonhallintaa koskevien asioiden käsittelyn ymmärrettävyyttä olisi voitu mielestäsi parantaa?

3. Millaista ohjausta olisit halunnut ravitsemustottumuksista?

4. Millaista ohjausta olisit halunnut liikunnasta?

5. Millaisia asiantuntijoita olisit halunnut lisäksi ryhmäohjaustilanteisiin?

6. Mikä ohjausmuoto on mielestäsi perheesi kannalta tärkeä?

- ☐ yksilöohjaus -vanhempi ja lapsi yhdessä
- ☐ yksilöohjaus -vanhemmille
- ☐ yksilöohjaus -lapselle
- ☐ ryhmäohjaus
- ☐ molemmat yhtä tärkeitä (yksilö ja ryhmä)
- ☐ en osaa sanoa

7. Mikä yksilöohjauskertojen lukumäärä olisi mielestäsi sopiva?_____

8. Millaisia yksilöohjauskertoja olisit halunnut lisää tai lisäksi?_____

9. Oliko lapsesi yksilöohjauskertojen lukumäärä (lapsi yksin terveydenhoitajan vastaanotolla) mielestäsi sopiva?

- ☐ kyllä
- ☐ ei->sopiva määrä olisi:_____
- ☐ en osaa sanoa

10. Oliko materiaalikansio hyödyllinen?

- ☐ kyllä
- ☐ ei
- ☐ en osaa sanoa

11. Oliko ryhmäohjauskertojen lukumäärä mielestäsi sopiva?

- ☐ kyllä
- ☐ ei ->sopiva määrä olisi:_____
- ☐ en osaa sanoa

12. Laita seuraavat ryhmäohjauskerrat perheesi kannalta mieleiseesi tärkeysjärjestykseen (1=tärkein, 8=vähiten tärkein)

- ___ ravitsemusaiheinen ryhmäohjaus vanhemmille
- ___ ravitsemusaiheinen ryhmäohjaus lapsille
- ___ ravitsemusaiheinen ryhmäohjaus vanhemmille ja lapsille yhdessä
- ___ liikunta-aiheinen ryhmäohjaus vanhemmille
- ___ liikunta-aiheinen ryhmäohjaus lapsille
- ___ liikunta-aiheinen ryhmäohjaus vanhemmille ja lapsille yhdessä
- ___ vanhemmuuden ja lapsen itsetunnon tukemiseen liittyvä ryhmäohjaus (psykologinen tuki) vanhemmille
- ___ lapsen itsetunnon tukemiseen liittyvä ryhmäohjaus (psykologinen tuki) lapsille

13. Millaista ryhmäohjausta olisit halunnut lisää tai lisäksi?

14. Miten yhteistyötä elämäntapaohjauksen ohjaajien ja perheen kesken voitaisiin parantaa?

15. Muita mieleen nousseita asioita:



KIITOS VASTAUKSESTASI!